Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 971 de 2012

HECHOS DE PÚBLICA NOTORIEDAD MOTIVADOS POR EL ACCIONAR HOMICIDA DE DOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Invitación al señor Ministro de Salud Pública

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 22 de marzo de 2012

(Sin corregir)

PRESIDEN: Señores Representantes Daniel Radío y Berta Sanseverino (ad hoc).

MIEMBROS: Señores Representantes Daniel Bianchi, Antonio Chiesa Bruno y Álvaro Vega Llanes.

DELEGADOS DE SECTOR: Señores Representantes José Bayardi, Carlos Gamou y Doreen Javier Ibarra.

ASISTEN: Señores Representantes Pablo D. Abdala, Daniel Mañana, Mario García, Gustavo Borsari Brenna, Miguel Otegui, Gustavo A. Espinosa, Daniela Payssé, Ivonne Passada, Gonzalo Mujica y Yerú Pardiñas; y señores Senadores Javier García, Carlos Moreira, Luis Alberto Lacalle Herrera, Luis Alberto Heber, Alfredo Solari, Tabaré Viera, Mónica Xavier, Constanza Moreira, Luis José Gallo Imperiale, Ernesto Agazzi y Luis Rosadila.

INVITADOS: Señores Ministro de Salud Pública, doctor Jorge Venegas; Subsecretario, doctor Leonel Briozzo; Director General de Salud, doctor Yamandú Bermúdez; Subdirectora General de Salud, ingeniera Raquel Ramilo; Director General de Secretaría, escribano Julio Martínez; Presidente de JUNASA, doctor Luis Gallo Cantera; Directora del Sistema Nacional Integrado de Salud, licenciada Elena Clavell; Comisión de Salud del Paciente, doctor Marcelo Barbato y señor Godino; División Epidemiología, doctora Raquel Rosa; Comisión de Seguridad del Paciente, licenciada Ana Gatti y doctor Raúl Lombardi, quien a su vez asiste por la Comisión Honoraria Asesora en Medicina Intensiva; y asesores, doctor Santiago Pérez, licenciada Alejandra Veroslavsky, Daniel González, Fernando Rovira y Gonzalo Larrosa.

SEÑOR PRESIDENTE (Radío).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes integrada con la de Salud Pública del Senado tiene mucho gusto en recibir a las autoridades del Ministerio de Salud Pública presididas en esta oportunidad por el señor Ministro de Salud Pública, doctor Jorge Venegas, quien asiste acompañado por el señor Subsecretario, doctor Leonel Briozzo; el Director General de Salud, doctor Yamandú Bermúdez; la Subdirectora General de Salud, ingeniera Raquel Ramilo; el Director General de Secretaría, escribano Julio

Martínez; el Presidente de la JUNASA, doctor Luis Gallo Cantera; la Directora del Sistema Nacional Integrado de Salud, licenciada Elena Clavell; la licenciada Ana Gatti por la Comisión de Seguridad del Paciente, y doctor Raúl Lombardi, quien también representa a la Comisión Honoraria Asesora en Medicina Intensiva; el doctor Marcelo Barbato y el señor Godino, de la Comisión de Salud del Paciente; la doctora Raquel Rosa, de la División Epidemiología; y los asesores doctor Santiago Pérez, licenciada Alejandra Veroslavsky y señores Daniel González, Fernando Rovira y Gonzalo Larrosa.

En los primeros días de esta semana se produjo una coincidencia de intereses en cuanto a diferentes aspectos relacionados con los hechos de pública notoriedad. Estos sucesos tienen por un lado un capítulo policial y judicial que se está procesando paralelamente a estas instancias -y está bien que así sea-, pero nos cuestionamos si eso es todo. Parece que coincidimos en que no lo es y por eso las Comisiones de ambas Cámaras demandaron la presencia del señor Ministro y sus colaboradores. Suponemos que también por eso el señor Ministro solicitó ser recibido.

No podemos afirmar que el problema que tenemos se limita a dos psicópatas asesinos, si no hoy no estaríamos aquí reunidos. Es claro que tenemos dos enfermeros asesinos, pero inmediatamente surge otra interrogante que es si no tenemos otros problemas, por ejemplo de gestión o de control. Queremos saber si existen controles, y si funcionan o no, así como si esos controles en los comité de seguridad son para detectar errores médicos y del resto del personal sanitario o si en realidad son para la seguridad del paciente.

En estos días los legisladores estamos siendo sumamente cautos, en términos generales, en nuestras declaraciones y no aventuramos muchos comentarios, críticas, apoyos o sugerencias porque no poseíamos información de primera mano. Para ello está hoy aquí el señor Ministro. Ese es otro gran capítulo. ¿Las autoridades sanitarias de nuestro país manejaban esta información? ¿Qué información tenían las autoridades de ASSE y del Ministerio y desde cuándo estaban al tanto? ¿Coincide el momento en que las autoridades toman conocimiento? ¿Qué se hizo a partir de entonces?

Otro gran capítulo es el relacionado con la identificación de eventuales responsables por acciones u omisiones, más allá de las personas procesadas. Me refiero a responsabilidades de tipo funcionarial, administrativa o tal vez política. Debemos conversar sobre todo ello.

Por otro lado, están las perspectivas. Estamos enfrentados a un serio problema que, posiblemente, resquebraje como nunca la confianza de la gente en nuestro sistema de salud. ¿Cómo hacemos para mitigar este efecto? ¿Cuáles son las medidas y controles que se llevarán de ahora en adelante? ¿Se requerirá acción legislativa? ¿Qué cambios habrá que hacer en todos los aspectos? Se ha hablado de proteger al que denuncia, del perfil del personal, etcétera.

Sabemos que el señor Senador Solari hizo llegar por escrito una serie de preguntas al señor Ministro. Teniendo en cuenta que el señor Diputado Chiesa Bruno fue el primero en manifestar su intención de convocar al señor Ministro, si no hay opinión en contrario le daría la palabra para que él planteara las primeras interrogantes y luego cedería la palabra al señor Ministro.

SEÑOR CHIESA BRUNO.- Antes de comenzar mi exposición, y aprovechando que estamos reunidas las Comisiones de Salud Pública de ambas Cámaras, quisiera plantear...

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Perdón, señor Presidente. Quisiera aclarar que el señor Ministro transmitió al señor Presidente de la Asamblea General, contador Danilo Astori, la necesidad de venir al Parlamento para informar sobre los hechos de pública notoriedad. En ese sentido, surgió la posibilidad -que hoy se concreta- de que se reunieran en forma conjunta las Comisiones de Salud Pública de ambas Cámaras.

Con respecto a la solicitud del señor Ministro de venir a informar, hay un tema formal y de orden. En primer término, debemos escuchar al señor Ministro puesto que fue él quien solicitó a estas Comisiones ser escuchado. Como el señor Presidente encaró la sesión en el sentido de que había habido una inquietud del señor Diputado Chiesa Bruno y eso le daría prioridad a los efectos de iniciar esta reunión, sugiero que la forma sea la que proponemos. En función de la solicitud que hizo el señor Ministro, sería procedente que él hiciera su informe y después interviniesen los señores legisladores.

SEÑOR PRESIDENTE.- En realidad, hay una parte de la información que falta. La inquietud del señor Diputado Chiesa Bruno fue presentada por escrito ante la Comisión el día 19 de marzo. Por lo tanto, tenemos dos iniciativas concurrentes. Casi simultáneamente con la solicitud del señor Ministro de ser recibido, la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social estaba convocando su presencia.

SEÑOR SOLARI.- Nos enteramos por la prensa de la visita del señor Ministro al señor Vicepresidente de la República. Además, en las declaraciones que ese mismo día efectuaron el señor Vicepresidente de la República y el señor Ministro no hicieron ninguna referencia a que el señor Ministro hubiera pedido ser recibido. Tampoco nos llegó ninguna comunicación por parte del señor Vicepresidente de que eso fuera así. No hay ninguna constancia documental -por lo menos en nuestro despacho- de que el señor Ministro hubiera pedido ser escuchado por alguna de las dos Comisiones. Además, la convocatoria es bien clara: se trata de una convocatoria de las Comisiones de Salud Pública de ambas Cámaras para escuchar al señor Ministro. Sin embargo, dado que hay un miembro convocante, creo que corresponde que el Partido de Gobierno deje que la oposición haga sus preguntas. Luego tendremos oportunidad de escuchar al señor Ministro con mucho gusto.

De manera que no estoy de acuerdo con el planteamiento del señor Senador Gallo Imperiale.

SEÑOR PRESIDENTE.- En tal sentido, en mi carácter de Presidente de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes quiero informar que el día martes recibí una llamada del señor Vicepresidente de la República para anunciarme que el señor Ministro quería ser recibido. La nota del señor Diputado Chiesa Bruno es del día lunes y en ella convoca de forma urgente al señor Ministro para que brinde la información correspondiente. No me enteré de esto por trascendidos de prensa sino por vía directa del señor Vicepresidente de la República, quien me informó que estaba reunido en ese momento con el señor Ministro de Salud Pública y que solicitaba ser recibido por la Comisión.

SEÑOR VEGA LLANES.- Yo ya me imaginaba que este era uno de los temas que se iba a plantear desde el comienzo. Este es el Palacio de las formalidades y, formalmente, la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes votó la convocatoria a solicitud de quien habla. Ya sabían todos -menos yo- que el jueves se iba a recibir al señor Ministro a la hora 14, y no hubo una formalidad establecida hasta que al final de la última sesión -diría, en el estribo- la Comisión votó la convocatoria. Por lo tanto, la nota no se había tratado. Se consideró cuando ya estaba resuelto que se iba a recibir. Además, se trató porque yo planteé que las formalidades no se pueden evitar. La reunión ya estaba autoconvocada -circunstancia que la Constitución prevé exclusivamente en el caso de algunas cuestiones particulares para la Cámara y no para las Comisiones- para el jueves a la hora 14. Por lo tanto, mi composición de lugar es que el señor Ministro había pedido ser recibido, más allá de las notas que pudiera haber

Como este asunto va a ser de difícil resolución y el señor Senador Solari presentó preguntas por escrito -que no sé de qué manera me llegaron y el señor Ministro las tiene-, propongo comenzar dando la palabra al señor Ministro para que responda a esas interrogantes, y que después hable quien quiera. No creo que aporte demasiado el hecho de que el señor Diputado convocante hable primero y después el señor Ministro. Me parece que si seguimos así, esta sesión va a ser más extensa de lo que creía. No hago objeción a las formalidades porque hubiera votado la convocatoria en cualquier circunstancia ya que entiendo la gravedad del problema, pero la realidad es que la reunión ya estaba resuelta cuando la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social decidió realizar el llamado. Ese era el momento en que se podía haber tenido en cuenta una u otra posibilidad.

Reitero que el señor Senador Solari presentó una serie de preguntas por escrito. Por lo tanto, no veo cuál es el problema para que el señor Ministro comience respondiendo esas preguntas y después el resto de los legisladores hagan las preguntas que corresponda.

SEÑOR PRESIDENTE.- Ratifico lo que dijo el señor Diputado Vega Llanes en el sentido de que efectivamente la nota no se trató hasta el final de la última reunión de la Comisión, como tampoco se consideró la solicitud del señor Ministro. O sea que ninguna de las peticiones tenía el aval de la Comisión.

SEÑORA XAVIER.- En primer lugar, sinceramente creo que es una falta de cortesía parlamentaria no dar precedencia en el uso de la palabra a un Ministro de Estado que está presente.

En segundo término, inequívocamente el domingo a la noche el señor Ministro se comunicó con el señor Presidente de la Asamblea General, quien lo recibió el lunes. Todos los medios de prensa tomaron nota del tema. Luego, a través de los Presidentes de las Comisiones de ambas Cámaras se tramitó la convocatoria.

Me parece que esto no es un certamen para ver quién fue primero. La voluntad del señor Ministro es indiscutible y está acá. Habitualmente el Parlamento suele dar la palabra a los Ministros de Estado. Me parece que el tema es de extrema gravedad como para demorar un minuto más en esta dilatoria.

Por lo tanto, para proceder al inicio formal de la sesión, presento la moción de que se dé la palabra el señor Ministro de Salud Pública.

SEÑOR MOREIRA.- Como Presidente de la Comisión de Salud Pública del Senado, quiero decir que realizamos esta convocatoria el lunes en la mañana y así lo comunicamos luego a los demás integrantes de la Comisión, tanto a los Senadores del Frente Amplio como al Senador Solari. Tomé conocimiento de la solicitud del señor Ministro a través del señor Vicepresidente de la República recién en la tarde del día lunes. No obstante, pienso hacer un montón de preguntas y pasar unas cuantas horas aquí. Seguramente el señor Ministro, que ha traído un buen cuerpo de asesores, va a dar muchas explicaciones, porque los hechos las merecen

En definitiva, que este asunto lo resuelva el Presidente o el Cuerpo. Acá lo que importa es la sustancia del tema. Se trata de hechos gravísimos que han sucedido en nuestro país. A mi juicio, debería hablar el señor Diputado Chiesa Bruno en primer lugar, pero reitero que lo importante es la temática que estamos considerando y la gravedad de esta circunstancia. Vamos a pasar toda la tarde acá, así que no es relevante quién comience. Repito que me parece que corresponde que comience el señor Diputado Chiesa Bruno, pero la sustancia va a dar para muchísimo, así que empecemos de una vez por todas.

SEÑOR CHIESA BRUNO.- Como se ha reconocido que soy el miembro convocante, solicito que me ampare. Más allá de la cuestión de delicadeza por la presencia del señor Ministro, creo que lo que importa es que el señor Ministro y su numeroso equipo puedan responder a las preguntas e inquietudes que tenemos los legisladores.

Recuerdo perfectamente las palabras del señor Presidente de la República cuando asumió el 1º de marzo, cuando dijo que el oficialismo debería cumplir con su misión y la oposición también, y es eso lo que estamos haciendo en el día de hoy, con el máximo respeto, pero cada uno en su rol.

Entonces, pido al señor Presidente que me ampare, si soy el miembro convocante, para hacer uso de la palabra en primer lugar. Si es así, voy a continuar con mi exposición.

Lo primero que quiero plantear, frente a esto que realmente ha impactado a toda la sociedad -creo que en eso coincidimos todos y queremos colaborar para recuperar la credibilidad perdida-, es realizar un minuto de silencio por todas las víctimas producto de esta circunstancia.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar.

(Se vota)

—— Cuatro en cinco: AFIRMATIVA.

(Así se procede)

—— Continúa la sesión.

SEÑOR CHIESA BRUNO.- Gracias señor Presidente y señores legisladores.

Quisiéramos no haber tenido nunca que citar al señor Ministro a esta Comisión por el caso que nos ocupa, pero usuarios de la salud somos potencialmente todos, y si el Parlamento no actuara el daño de los dos enfermeros y la inacción de un Ministerio nos afectaría a todos.

No hace mucho se presentó ante al Parlamento Nacional, por parte del Ministerio de Salud Pública y ASSE, la Memoria Anual en la cual se establecen logros y metas para la actuación de esa dependencia del Estado. Hoy, lamentablemente, nos interrogamos sobre la credibilidad del documento presentado. En efecto...

SEÑOR VEGA LLANES.- Solicito que nos remitamos al tema.

SEÑOR CHIESA BRUNO.- Señor Presidente: solicito que me ampare en el uso de la palabra.

En la Memoria de ASSE se expresa, en el capítulo referente al Hospital Maciel, que se realizó una reestructura del Departamento de Cirugía, de Especialidades, en dependencia con otros servicios de recepción en áreas críticas, CTI...

SEÑOR VEGA LLANES.- Hay una cuestión de orden. ¿Nos remitimos al tema o no?

SEÑOR CHIESA BRUNO.- Señor Presidente: me estoy refiriendo al tema.

SEÑOR VEGA LLANES.- No, no está en el tema. La convocatoria no es por los documentos que se presentaron.

SEÑOR CHIESA BRUNO.- Estoy estrictamente en el tema.

SEÑOR VEGA LLANES.- El tema no es este. Reitero: ¿vamos a abocarnos al tema o no?

SEÑOR PRESIDENTE.- Por favor, señor Diputado. Vamos a dejar que el señor Diputado Chiesa Bruno introduzca el tema.

(Apoyados)

SEÑOR CHIESA BRUNO.- Estoy haciendo eso. Si el señor Diputado Vega Llanes no se pone nervioso, nosotros vamos a seguir con la tranquilidad y el respeto que nos merecemos frente a las autoridades presentes.

(Interrupción del señor Representante Vega Llanes)

SEÑOR PRESIDENTE.- Está haciendo uso de la palabra el señor Diputado Chiesa Bruno. Por lo tanto vamos a permitir que introduzca el tema y formule las interrogantes correspondientes.

SEÑOR CHIESA BRUNO.- Una de ellas ya la estoy planteando: quisiera saber en qué consistió la reestructura que se plantea en la Memoria Anual de ASSE. ¿Para qué sirve si no es para detectar fallas de funcionamiento y actuar en consecuencia?

En el capítulo que refiere a la situación actual del Ministerio de Salud Pública se establece que el período 2005-2009 estuvo marcado por las grandes reformas que dieron inicio al Sistema Nacional Integrado de Salud. Esas reformas significaron el inicio en el giro de la orientación de las políticas de salud que apuntan a la ampliación de la cobertura, la mejora en la equidad de la asignación de recursos, las nuevas regulaciones que apuntan al control de la calidad y la eficacia sanitaria en el sector. A continuación se da un palo a la Administración anterior. En la memoria anual se establece: "Este giro en las políticas de salud implicó para el MSP asumir su rol como Rector de todo el sector salud, luego de décadas de haber descuidado el ejercicio de esta importante función". Se establece como principal hito a destacar del año 2011 la instalación del Observatorio de Recursos Humanos para el sector salud. Asimismo, se dice que en el ámbito de la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud, a través de ese instrumento, se apuesta a la generación de

información de calidad que contribuya a fundamentar una política nacional de recursos humanos para la salud. La pregunta que quiero formular es la siguiente. ¿Cómo cumplió el Ministerio de Salud Pública ese rol de control y no detectó la atrocidad que estaba sucediendo en dos prestadores de salud, uno del subsector público y otro del sector privado?

Otro órgano que está en el Ministerio de Salud Pública es la Dirección General de la Salud, de la cual quien habla tuvo el honor de pertenecer. Se establece en la memoria anual: "La Misión de la DIGESA consiste en proteger y promover la salud de población participando en la generación de políticas de salud, estableciendo normas, controles y procesos de aprendizaje a fin de garantizar la seguridad sanitaria y el acceso oportuno a productos y servicios de salud [...]". En cuanto a la función de fiscalización, se establece que se participó en el control local de metas asistenciales, que se hicieron relevamientos de servicios de salud de todo el país y expresa que se realizaron fiscalizaciones y auditorías. La pregunta a formular es: ¿qué hizo la Dirección General de la Salud, a la que también deben reportar las Comisiones Institucionales para la Seguridad de los Pacientes y Prevención del Error en Medicina o a la que se debe solicitar información, según la Ordenanza Ministerial Nº 481, del año 2008?

En cuanto a la JUNASA, en la memoria se establece que brinda información en tiempo y forma de las valoraciones de cumplimiento de las Metas Asistenciales. La pregunta es: ¿qué evaluación hizo la JUNASA?

En la cláusula 39 de los contratos de gestión firmados con los prestadores de salud, en el capítulo referente a la calidad de atención y seguridad del paciente, se establece la obligatoriedad de implementar, entre otros, el Comité de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina, tal como figura en la Ordenanza Ministerial Nº 481/2008.

En la página institucional del Ministerio de Salud Pública -estamos entrando al tema del día de hoy- se publicó el 18 de marzo de 2012 que ese día se reuniría el Comité para la Seguridad del Paciente para tomar el más amplio conocimiento de todos los detalles que afectan a dos instituciones de salud. ¿Se pasaron a ocupar desde el momento en que la información fue comunicada por las autoridades del Ministerio del Interior y del Poder Judicial? Entonces, lo publicado en la página institucional corrobora que no se sabía nada; el órgano rector en materia de salud no sabía nada hasta ese momento.

En el Resultando II) de la reglamentación de la Ordenanza Ministerial Nº 660, de 2006, por la que se crea una Comisión Asesora para adoptar definiciones sobre eventos adversos en el área de la salud, se establece: "que la seguridad del paciente y las acciones orientadas a prevenir, interceptar y mitigar los eventos adversos que se producen durante la atención médica, son un importante objetivo de la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud [...]". Por esta Ordenanza se crean Comisiones Institucionales para la Seguridad de los Pacientes y Prevención del Error en Medicina, las que deben rendir cuentas a la Comisión Nacional que funciona en la órbita de la Dirección General de la Salud. Pregunta: ¿qué papel cumplieron estas Comisiones? ¿Dieron información al Ministerio de Salud Pública? ¿El Ministerio de Salud Pública cumple con su deber de pedir la rendición de cuentas sobre cómo se está actuando? Reitero, señor Ministro: ¿qué hizo el Comité de Seguridad del Paciente de la Dirección General de la Salud, en este caso en particular, para evitar o minimizar el daño que se ha provocado por parte de estos enfermeros?

Tenemos algunas de las conclusiones a las que se arribó, luego de dar una alerta en el mes de diciembre de 2011. Me remitiré a leer lo que expresó el doctor Patritti en el documento que dirigió al Director del Hospital Maciel, doctor Raúl Gabus. Allí expresó que la mortalidad en la Unidad Coronaria ha sido, desde su creación, de 3% o 4% anual y que en el año 2011 se produjo un fuerte incremento, lo que motivó el inmediato estudio de las probables causas. Expresó que se analizaron detalladamente las historias clínicas y que se requirió el relato de los médicos participantes en los casos de fallecimientos. Se establece que de ello resultó: "1) Se trató de un grupo de pacientes graves pero que estaban enmarcados dentro de la población habitual de la Unidad Coronaria con buena respuesta a los tratamientos específicos instituidos. 2) Tienen los fallecimientos como denominador común bradicardia, hipotensión y paro cardiorrespiratorio inesperado a pesar de las situaciones clínicas graves de los pacientes...". El informe concluyó afirmando que "[...] no se encontró una causa concluyente e irrebatible de dichos fallecimientos". Lo firmó el doctor José Pedro Patritti, Jefe de la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Maciel. O sea que ya se estaban prendiendo luces amarillas para que la Administración tomara los recaudos correspondientes. Esto sucedió en diciembre de 2011 y el informe fue entregado el 13 de marzo, concretamente, a solicitud de la Dirección y de la Justicia.

Debemos tener presente los cometidos del Ministerio como órgano rector en materia de salud. El Ministerio tiene el deber de disponer inspecciones y vigilar las instituciones de salud. ¿Por qué no lo hizo? La Ley Orgánica Nº 9.202, de 12 de enero de 1934, establece que compete a la Cartera velar por el mantenimiento de la salud colectiva, dictando todos los reglamentos y disposiciones necesarias para ese fin primordial, determinando las condiciones que deben observar los establecimientos públicos y privados, así como disponer su inspección y vigilancia. Creemos que el Ministerio de Salud Pública no ha cumplido con los fines esenciales que hacen el fundamento de su existencia como tal.

¿Qué se va a hacer ahora, cuando estamos hablando, por lo menos, de quince muertos?

Señor Ministro: por la seriedad del tema, para defender la credibilidad del sistema político y para intentar recomponer, en algo, la imagen y el sentimiento de desprotección que ha quedado en todos los ciudadanos -reitero que usuarios de la salud somos potencialmente todos-, mucho agradecería que responda estas interrogantes y que no se ingrese en una discusión sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud, se manejen estadísticas internacionales o se nos diga la cantidad de casos similares que pasaron en otros países. Sabemos que en Estados Unidos se han hecho estudios al respecto desde el año 1975 hasta el año 2005, que hay cincuenta casos de asesinos profesionales de la salud seriales; sabemos todo eso. No obstante, somos poco más de tres millones de habitantes y queremos saber qué pasó aquí, qué está pasando hoy y qué va a pasar en el futuro. Eso es lo que realmente queremos que conteste el señor Ministro. La sensación que tenemos es que el Ministerio de Salud Pública no cumple ni siquiera con los fines esenciales que se le han asignado desde su Ley Orgánica de creación.

Por las muertes del pasado el Estado asumió responsabilidad en el día ayer. Lo que queremos saber es quién asumirá responsabilidad por estos muertos de hoy.

SEÑOR GARCÍA.- Señor Presidente: quiero dejar una constancia previa, que me parece de enorme valor, porque creo que lo que ha faltado, en buena medida, en estos días posteriores al conocimiento público de esta situación es un importante grado de humanidad en el tratamiento de este tema. He visto un exceso de politización por parte del Gobierno, que sin tener ninguna investigación ni información oficial salió a dar respaldos políticos y a afirmar, como dijo el Vicepresidente de la República, que no había fallado nada. Sin embargo, hay quince familias que lloran quince asesinatos en centros de salud.

Lo primero que quiero dejar como constancia en este espacio de humanidad que reclamo es que entre los horrores vividos, lo que se podría haber pedido es que las familias se enteraran oficialmente, en forma reservada e íntima de lo que habían hecho con sus familiares. Conozco el caso de una señora que, hasta la mañana de hoy, no le habían comunicado en forma oficial el asesinato de su marido; se enteró anoche, viendo la televisión. La señora Mabel Valiente -su sobrino me autorizó a mencionarla-, esposa del señor Leonardo Storutto, que vive en la localidad de Piriápolis, se enteró anoche, viendo la televisión, que su marido, sobre el cual le habían informado que murió por una descompensación, en realidad había sido asesinado. Me parece que estas cosas no hay que perderlas de vista; detrás de estos casos, que tienen enorme resonancia nacional e internacional, hay familias que después del horror que vivieron hubieran merecido el tratamiento humano que se debe dar a cualquier persona, pero más a ellas en esta circunstancia.

La pregunta que hoy todos los uruguayos nos hacemos es cómo puede ser que en centros que están creados y fundados para proteger la vida y la salud, durante años se haya matado gente, sin que nadie lo hubiera advertido.

Desde un primer momento me resistí a creer que nadie lo había advertido, y por eso señalé públicamente el lunes que me parecía raro que nadie lo hubiera hecho. Hoy, cuatro días después, se relatan por lo menos entre cuatro y cinco instancias en las que hubo advertencias previas de lo que estaba sucediendo en diferentes ámbitos, hechas por trabajadores que plantearon ante las autoridades del Hospital Maciel que habría funcionarios que estarían cometiendo homicidios. Una de ellas fue la que realizó la nurse Jefa de la Unidad de Cuidados Coronarios, que planteó el traslado del funcionario que hoy está procesado por homicidio, y obtuvo una negativa de parte de un Adjunto o una Adjunta a la Dirección del Hospital Maciel. Otra fue la del Director Médico de la Unidad de Cuidados Coronarios, el doctor Patritti, que planteó en diciembre de 2011 remover a este mismo funcionario que hoy está procesado por homicidio, debido al aumento de la

mortalidad, circunstancia que formó parte del expediente judicial de una de las pruebas que el Juez Vomero utilizó en el proceso que llevó adelante durante el fin de semana. Y, por último, la denuncia policial hecha por este funcionario o funcionaria a la policía, luego de que entre los meses de noviembre y diciembre ocurrieran cuatro asesinatos en estas instituciones de salud.

Entonces, las preguntas que todos pretendemos que se contesten sin evasivas, sin querer explicar lo inexplicable, sin decir que todo estuvo bien pero asesinaron a quince uruguayos en institutos de salud son, en primer lugar, cómo pudo suceder, porque estos no son hechos aislados; son hechos seriales que se vienen ejecutando desde hace un lapso importante. En segundo término, nos preguntamos por qué no se investigaron las denuncias que se formularon. En tercer lugar, queremos saber si hubo una investigación administrativa en algún momento durante el año pasado a partir de estas denuncias que se hicieron en el Hospital Maciel. En cuarto término, queremos saber si las autoridades del Hospital Maciel nunca comunicaron a la Dirección de ASSE y ASSE al señor Ministro, que es el Superintendente de todos los servicios de salud, que estaban aconteciendo hechos irregulares, sospechosos, que terminaron siendo una cadena de asesinatos seriales.

En esta sala podemos hablar de política toda la tarde, pero esto no es una competencia entre el Gobierno y la oposición. Esta es una instancia esperada por la sociedad para que esta tragedia nunca recordada en el Uruguay tenga alguna respuesta.

En otros años, en otras instancias, en el Parlamento nacional, los Ministros se hacían responsables, obviamente, de circunstancias en las que no eran actores directos, pero si ocurrían quedaban bajo su mando. Aquí hubo Ministros que renunciaron porque bajo su Ministerio se compró un kilo de masitas para una fiesta privada. Acá hay quince muertos. No estamos esperando una competencia dialéctica, sino las respuestas que digan con sinceridad y honestidad qué fue lo que falló y quién se va a hacer responsable de esto desde el punto de vista institucional, ya que es una desgracia nacional.

SEÑOR VEGA LLANES.- Quiero contestar una alusión.

Yo me imaginaba este escenario.

Hay momentos en los que uno siente vergüenza de compartir algunos lugares, porque hay determinadas cosas que no se pueden hacer, que no se pueden usar.

(Interrupción de varios señores legisladores)

—— Yo fuera de tema?

Por eso es que no voté el minuto de silencio, porque venimos con cuestiones efectistas. Aquí importa que hubo una serie de hechos que hay que esclarecer y que seguramente no estén en este ámbito. Pero empezamos haciendo una serie de consideraciones que nada tienen que ver con eso; además, se han sacado conclusiones y flechamos la cancha. Sabemos hasta los más mínimos detalles de lo que pasó en el Hospital Maciel; nadie dice una sola palabra de lo que pasó en la Española. Sin embargo, las comprobaciones son mucho más claras en dicha mutualista que en el Hospital Maciel. Será porque la Española es un poco más difícil de atacar; será porque nos cuesta un poquito más decir alguna cosa. Porque así como el Hospital Maciel está bajo la égida del Ministerio, la Española también. Y el Ministerio tiene la misma incidencia sobre el Hospital Maciel que sobre la Española...

(Interrupción de varios señores legisladores)

SEÑOR PRESIDENTE.- La Mesa solicita al señor Diputado que se refiera a la alusión.

SEÑOR VEGA LLANES.- También hay cuestiones que se deben referir al tema y sin embargo aquí hablamos de una serie de cosas que nada tienen que ver con él. Además, se han sacado conclusiones. Entonces, ¿para qué llamamos al Ministro? ¿Para saber lo que ya sabemos? ¿Para salir a decir lo que ya sabemos? O, simplemente, porque esto es un ejercicio que nos da prensa y capaz que con esto logramos...

(Interrupción de varios señores legisladores)

SEÑOR PRESIDENTE.- La Mesa reitera al señor Diputado que se refiera a la alusión.

SEÑOR VEGA LLANES.- Voy a pedir al señor Presidente, sabiendo el afecto que le tengo, que no fleche la cancha, porque el señor Diputado Chiesa Bruno en ningún momento se refirió al tema; habló de una serie de cosas que nada tienen que ver.

Estoy dispuesto a colaborar con el señor Presidente y a que la reunión se maneje dentro de ciertos niveles, pero no flechemos la cancha, porque respuestas vamos a dar.

SEÑOR CHIESA BRUNO.- Yo sabía que iba a pasar esto; sabía que se iba a tratar de desviar el centro de la atención, que se iba a decir que lo que quería la oposición era la cabeza del Ministro, que se quería politizar el tema. Esto ya estaba en todos los medios de prensa. Lamentablemente, sabíamos que esto era lo que iba a plantear el oficialismo.

Quiero trasmitir al señor Ministro que se quede tranquilo. Si mañana sucede alguna cosa no va a ser por culpa de la oposición; va a ser su propio Partido el que va a tomar la decisión y seguramente no ahora; será después de alguna elección que tenga algún partido político.

(Interrupción de varios señores legisladores)

SEÑOR PRESIDENTE.- La Mesa ruega al señor Diputado que se refiera al tema.

SEÑOR CHIESA BRUNO.- Voy a plantear un cronograma de lo que ha pasado en estos últimos meses.

En diciembre, se solicita una pericia al doctor Patritti, en la Unidad de Cuidados Coronarios. En enero, nos informaron que el Ministerio recibe una denuncia anónima y comienza la investigación. El lunes 12 de marzo, fallece la señora Santa Gladys Lemos, y en horas de la noche se comunica esta situación al Director del hospital. El martes 13 -este realmente ha sido un martes 13-, a la hora 9, el doctor Gabus pone en conocimiento al Gerente Asistencial, doctor Héctor Suárez, a la Presidenta de ASSE y a la doctora Alicia Ferreira. El miércoles 14 de marzo comparecen al juzgado el doctor Gabus y la doctora Blanco. El viernes 16 de marzo detienen a los dos enfermeros en el Hospital Maciel. Según la información que tenemos, el sábado 17 de marzo se pone en conocimiento de esta lamentable situación al Ministro Venegas, quien se encontraba en San Pablo. El domingo 18 de marzo se realiza la inspección -tenemos en nuestro poder el acta de inspección- por parte de los Inspectores, la doctora Alicia Aznárez y las licenciadas en enfermería Raquel Bueno y Virginia Viera. Posteriormente, se reúne en forma urgente el Comité de Emergencia del Ministerio de Salud Pública.

Teniendo en cuenta estos hechos, la pregunta es qué pasó desde el martes 13 hasta el sábado 17, dado que personal que de alguna manera está bajo la órbita del Ministro no lo puso en conocimiento de esta grave situación. El martes 13 se tomó conocimiento de estos hechos, pero el Ministro estaba viajando, siguió su curso, y recién cuando llegó a San Pablo se enteró de lo que estaba ocurriendo y regresó.

Queremos saber si hubo una comunicación por parte de ASSE. La información de que disponemos -no sé si es veraz- indica que ASSE se habría comunicado con el señor Subsecretario. Concretamente, queremos saber si el Ministro o el Subsecretario tenían conocimiento de esta situación el martes 13 de marzo, dado que entendemos que pasaron muchos días teniendo en cuenta que se trata de un tema tan grave.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- En primer término, quiero expresar personalmente y en nombre de nuestro equipo -todos los que me acompañan- nuestra consternación, el dolor y el profundo shock que nos ha producido este hecho inédito -hemos tenido casos, pero no de esta envergadura- que evidentemente ha afectado a todo el país.

Repudiamos -lo reiteramos; ya lo dijimos públicamente- los asesinatos a nuestros usuarios en el ámbito de la salud. Queremos dejar expresa constancia de que nuestra dirección, nuestro comportamiento y nuestras obligaciones éticas y morales apuntan a la vida, no a la muerte; luchamos frente a la muerte.

El informe que voy a dar no pretende en absoluto eludir las responsabilidades, sino contestar las interrogantes que se plantean tal como lo merece esta Comisión bicameral, porque es necesario, porque es urgente, porque es un problema no solamente de la Salud Pública, sino que estamos frente a un tema de la condición humana que provoca estos sucesos, que es largo de entender. Tomo las palabras de algunos de los Diputados que ya se han manifestado previamente en cuanto a que este no es un tema para politizar; es un tema de honda y profunda preocupación para todos nosotros, por supuesto, de responsabilidad institucional y de este Ministro en primer lugar.

Por lo tanto, para poder intercambiar sobre este tema, de forma muy humilde, pero con una amplia generosidad, vamos a ubicarlo en cuatro bloques. Desde que conocimos y asumimos los hechos, todos los que estamos sentados acá hemos trabajado mancomunadamente, con matices, con distintas formas de ver el problema, pero fraternalmente; eso es lo que más que nunca necesita la sociedad uruguaya. Ha sido un trabajo de equipo, de diálogo continuo, fructífero, en un proceso doloroso y difícil de entender.

Como dije, quisiera ubicar este tema en cuatro bloques, a fin de dar respuesta a muchas de las interrogantes que hoy se nos están planteando.

Hemos conversado ya del largo proceso de reforma que viene llevando a cabo nuestro Ministerio de Salud Pública; no voy a hablar de la reforma, sino de los problemas concretos. Agradezco la deferencia del Senador Solari, quien hizo las preguntas por escrito. Vamos a contestarlas una por una; inclusive, las tenemos por escrito, para que en una fase posterior podamos conversar al respecto.

Queremos diferenciar dos aspectos muy importantes. En este primer bloque permítanme referirme a algunas cuestiones conceptuales, porque ya escuché algunas referencias que no son conceptualmente correctas por parte de personas que supuestamente ocuparon cargos en los Ministerios; hay errores conceptuales. Error es el daño que se produce en la práctica médica; mala praxis es el error con dolo, imprudencia, impericia y negligencia; y crimen es el acto voluntario de hacer daño. Podemos trabajar sobre los dos primeros conceptos, porque sí le competen al Ministerio de Salud Pública, pero evidentemente estamos frente a un hecho nuevo. Por eso, cuando los teóricos de la comunicación nos alertan y nos hacen bien tangible esta situación -por supuesto, el sistema de comunicación de la salud alerta sobre cuestiones excepcionales-, hay que tener en cuenta que el sistema de salud y sus actores no podrían actuar sobre el ciento por ciento de la potencialidad del asesinato. No estamos para hacer eso. El argumento que se ha presentado continuamente es que nosotros tenemos que ver entre el asesinato, el error y la mala praxis. Nosotros queremos dividir las aguas, y fuertemente, porque este es un hecho inédito, por lo menos en el país. Por supuesto, este hecho genera alertas. Yo no soy de los que dicen que probablemente esto genere réditos.

Nosotros tenemos mecanismos y protocolos, pero protocolos de procedimientos para la vida, no para la muerte. Ante esta situación, tenemos que imprimir nuevamente la confianza a nuestros usuarios -que somos todos- y a nuestros equipos de salud, a todos los trabajadores de la salud, médicos y no médicos. Este es uno de los puntos importantes de los que se ha hablado y se seguirá hablando por un período relativamente largo, pero fundamentalmente en esta fase aguda de una situación que nos espantó y nos consternó a todos. Recuperar la confianza significa exhortar a todos a construir o a reconstruir una situación; sabemos que esto cuesta mucho cuando en el seno de una sociedad se producen estos hechos dolorosos.

Buscamos muchas formas de entender el tema, porque los temas se pueden entender si tenemos voluntad, humildad y confianza entre nosotros, y creo que potencialmente la tenemos y la hemos tenido.

Si una familia no está unida, la pérdida de un ser querido produce fragmentación. Si esa familia no tiene confianza, unidad ni amor al prójimo, muchas veces se fragmenta. Lo hemos vivido no en discursos políticos, sino personalmente. Por lo tanto, propongo que este sea un tema nacional, de todos nosotros.

¿Qué hemos hecho? Se me dice que tampoco podemos comentar hechos internacionales; simplemente voy a leer los títulos y no voy a hacer la cita bibliográfica, aunque a este Ministro le gusta mucho la bibliografía expuesta, no la de los periódicos. No obstante, voy a entregar este material a la Comisión, porque es interesante e importante que nos ilustremos sobre los tiempos que se vivieron en algunas situaciones internacionales. Expertos internacionales -con quienes lamentablemente nos tuvimos que comunicar por este problema- nos han informado que en el Forensic Nurse de 2007 se presentó una revisión sistemática de cincuenta y cinco casos seriales. Los procesos de reconocimiento de los casos variaron entre los dos años a los cuarenta años. Por ejemplo, en este trabajo se da cuenta de un caso, con nombre y apellido, ocurrido en

1902, en Massachusetts, Estados Unidos, que asesinó a treinta y una víctimas; el proceso duró diecisiete años. Estamos hablando de situaciones puntuales.

SEÑOR SOLARI.- ¿Son casos seriales de salud o en general?

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- No, de la salud.

El caso más especulativo fue el de Charles Cullen, que fue juzgado en 2006, condenado a trescientos noventa y siete años de prisión por el asesinato de veintinueve pacientes en el Nursing Home de Nueva Jersey.

En la década de los setenta también hubo un enfermero serial, y podría seguir con una larga lista, que creo que enluta a la humanidad.

No soy especialista, pero tuve que estudiar.

Por lo tanto, cuando uno habla de estos temas, debe tener en cuenta la impronta correspondiente. Voy a describir lo hecho cronológicamente, por etapas, porque veníamos trabajando sobre los conceptos de error y mala praxis, pero no de los asesinatos. Lamento que la interpretación de las memorias tenga ese cariz, pero soy respetuoso, aunque me parece que tendríamos que discutir un poco más sobre este tema. No publicamos las cosas para vanagloriarnos; al contrario, la salud es un proceso y requiere ajustes constantemente.

Este Ministro, el sábado, recibió la información en el aeropuerto; no concebía que la información pudiera ser veraz, y retorné, ya que iba a Singapur a recibir un premio para Uruguay por la lucha antitabáquica. Volví de inmediato, y me informé directamente con el Subsecretario de sus charlas con el Juez, quien el mismo sábado, casi de madrugada, se estaba informando de esta situación. Convoqué inmediatamente un gabinete de urgencia; nos reunimos todo el domingo en forma urgente y extraordinaria, y todo el Ministerio, sin excepción, se puso a disposición.

Nos contactamos inmediatamente con el Ministerio del Interior. Fuimos a visitar con el Subsecretario al señor Presidente, nuestra autoridad máxima, y lo informamos directamente. Iniciamos contactos judiciales. El Juez nos informó que estaba tomando declaraciones y que en la tarde o en la noche tomaría decisiones. Ordené una inspección urgente, tanto en la Asociación Española como en el Hospital Maciel -es decir, ordenamos una inspección y no nos quedamos esperando-, para obtener información y constatar la situación.

Luego de que el Juez tomara una decisión, recién dimos la conferencia, porque lo que correspondía era, por lo menos, obtener información objetiva, clara y evidente, con los procesamientos y el inicio de las decisiones del Poder Judicial. Recopilamos información, discutimos y tomamos algunas decisiones; por supuesto, el lunes continuaba instalado nuestro gabinete de emergencia. Tuvimos información de las inspecciones, ajustamos medidas, decretamos investigaciones administrativas en las dos unidades involucradas para evaluar el funcionamiento y analizar la mortalidad histórica y el período analizado. En este sentido, queremos explicar por qué creemos que existen errores conceptuales y teóricos. Asimismo, estamos esperando el resultado de las investigaciones administrativas.

Además, creamos inmediatamente una unidad de información y de apoyo a la población. Obtuvimos información veraz, porque estamos ante un tema muy especial.

Tuvimos más de doscientas cincuenta y seis llamadas internacionales, porque evidentemente se imaginarán que la muerte le sirve a mucha gente; no digo más nada.

Determinamos una línea telefónica y rápidamente tomamos contacto con los familiares, a través de un programa de salud mental.

(Interrupción del señor Diputado García.- Diálogos)

SEÑOR PRESIDENTE.- Solicito que se haga silencio para escuchar al señor Ministro.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Asimismo, se implementó un servicio de orientación para denuncias e investigación, se coordinó con la Unidad de Crimen Organizado y el Ministerio del

Interior, cuyo teléfono lo tengo en mi poder. Citamos rápidamente a nuestros equipos de salud -laboral, prevención del "burn out" y sensibilización-; evidentemente, esto no solo requiere una impronta desde el punto de vista de nuestro papel como Ministerio de Salud Pública.

Citamos a la Comisión de Seguridad del Paciente para incrementar los controles. Esa es una diferencia muy importante, y voy a decir por qué: porque tenemos fechas que muestran que este Ministerio no ha sido omiso en trabajar este tema antes, no ahora.

Hemos tenido contacto directamente con expertos internacionales. Evidentemente, eventos como estos requieren también una mirada de personas que conocen la temática o, por lo menos, se aproximan al tema para la toma de decisiones. Eso es muy importante.

Hemos hecho conferencias de prensa...

(Interrupción del señor Senador Solari)

—— Estoy terminando el primer bloque, señor Presidente.

Hemos reunido también a actores principales en este tema. Nos reunimos con la Federación Uruguaya de la Salud, con la Federación de Salud Pública y con el Sindicato Médico del Uruguay, con los que acordamos acciones conjuntas. El lunes a la hora 17 y 30 fuimos recibidos por el Vicepresidente de la República, a los efectos de informar personalmente y ahora tenemos el gusto de ser convocados a esta Comisión. Hemos manejado información lo más eficiente -creemos- y ajustada -perdón, probablemente no eficiente, pero ajustada- a la realidad que este Ministerio estaba teniendo. Viajamos a Punta del Este para hablar directamente -con un experto argentino, porque allí había un simposio sobre seguridad hospitalaria y seguridad del paciente. El martes visitamos directamente los lugares donde estuvieron aconteciendo los hechos: la Unidad Coronaria del Hospital Maciel y el servicio neurológico de la Asociación Española, porque somos conscientes de que hay que caminar por los hospitales y estar directamente vinculados al dolor de la gente en el momento que más se necesita. Evidentemente, es una visión- diferente de aquellos que nunca pisaron un hospital y sí hacen especulaciones sobre esto. Bueno, lo decimos: nosotros tenemos la característica -no como Ministro nada más, sino como médico y como ser humano- de ingresar directamente a los lugares donde la gente está trabajando.

Por supuesto, el día martes, nos reunimos con los delegados y con el Director de la OPS para conversar con él, porque es un tema muy importante. Queríamos conocer cuál era la experiencia y cuál era el apoyo desde el punto de vista conceptual y técnico que el Ministerio podía tener de organizaciones como la OMS y la OPS. Ese ofrecimiento internacional tendrá algunas repercusiones importantes. O sea que hicimos actividades proactivas.

También nos reunimos con el Directorio de ASSE y -con el Directorio de la Asociación Española y, por supuesto, sacamos conclusiones conjuntas, porque sabemos y entendemos que este debe ser un tema de trabajo conjunto, no un tema individual.

Por supuesto, hemos visitado a la familia de una de las víctimas, porque hay que conocer directamente la situación y hacer de ella nuestro propio problema.

Hemos recibido también asesoramiento de expertos en la comunicación, porque vemos que frente a la interpretación de un hecho -repito- doloroso, profundo, de todos nosotros, teníamos que recibir una orientación de ese tipo.

Hubo una reunión urgente del Presidente de la JUNASA. Hemos hecho reuniones extraordinarias, conferencias de prensa y hemos ampliado la investigación administrativa en el Hospital Maciel, para ajustar más el cumplimiento de las normas. Por supuesto, hoy estamos dando este informe para que podamos trabajar junto a los señores legisladores.

Segunda parte: hemos tomado algunas medidas. Quisiera que se otorgara la palabra al señor Subsecretario, el doctor Leonel Briozzo, para puntualizar qué hemos hecho.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Muchas gracias, señor Presidente…

(Interrupción del señor Diputado García)

SEÑOR GARCÍA.- Pregunto al señor Ministro, según su afirmación, a quién es que le sirve la muerte. Quiero que lo deje a texto expreso en la versión taquigráfica.

(Murmullos.- Diálogos)

SEÑOR PRESIDENTE.- El señor Ministro concedió una interrupción y ahora va a continuar en el uso de la palabra.

(Interrupción del señor Diputado Pardiñas)

SEÑOR PRESIDENTE.- Estoy amparando en el uso de la palabra al señor Ministro.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Me refiero en general, a la gente que especula con la muerte.

SEÑOR PRESIDENTE.- Gracias, señor Ministro.

Continúa en el uso de la palabra el señor Subsecretario Briozzo.

(Murmullos.- Diálogos.- Interrupción del señor Diputado Vega Llanes)

—— No está en uso de la palabra, doctor Vega. Invite al doctor García a hablar afuera, porque acá está en uso de la palabra el señor Subsecretario de Salud Pública. Le pido por favor que colabore con la Mesa y con el Cuerpo legislativo.

(Interrupción del señor Diputado Vega Llanes)

—— La falta de respeto es que no dejemos hablar al señor Subsecretario, que está en uso de la palabra. Es usted el único que lo está interrumpiendo. Le pido por favor.

Continúa en el uso de la palabra el señor Subsecretario de Salud Pública.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Uno piensa que después de muchos años de actividad profesional -clínica, en mi caso-, está preparado, probablemente, para enfrentar cualquier eventualidad que se pueda plantear en el ámbito de la salud. Pero, debo confesar que nunca hubiéramos pensado que se daría una situación de estas características, que calificamos desde el principio como dramática, dolorosa y repugnante, porque es la primera vez que dentro del sistema de salud se infiltran homicidas, que tienen la voluntad de matar. Lo hemos dicho y creemos que ese es el punto central, de inflexión en esto.

El señor Ministro lo dijo al principio: acá no hubo errores, es decir, situaciones que producen daño en un paciente, tratando de hacer el bien. Ni siquiera hubo malpraxis, es decir, aquellas situaciones que producen daño intentando hacer el bien, pero que se cometen con negligencia, imprudencia o impericia. Acá lo que hubo fue la presencia de miembros del equipo de salud que no se equivocaron. Entraron y actuaron con voluntad de matar y lo hicieron. Y esa es una situación tan dramática y que genera tanta sensación de caos, de impotencia, que realmente creo que esta comparecencia es muy bienvenida -independientemente de las características que ha tenido en los primeros minutos-, puesto que nos permite trasmitirles información directamente, cosa que mucho agradecemos.

Este no es un problema del Hospital Maciel; tampoco de ASSE ni de la Asociación Española. No es un problema del Sistema Nacional Integrado de Salud ni de la reforma que estamos liderando desde la fuerza política. Este es un problema de toda la sociedad, y así lo vive. Realmente creemos que es muy importante reconocer la madurez de nuestra sociedad y cómo esta noticia que la ha conmocionado, no ha generado situaciones extremas, ya que es la primera vez en América Latina que se genera una situación de este tipo.

En cuanto al error y la malpraxis, cuando decimos que estábamos trabajando desde la seguridad del paciente, nos referimos a que tenemos dispositivos que funcionan, pero con respecto al crimen, en realidad esos dispositivos no estaban planteados sistemáticamente. Creo que ese es un cambio sustantivo que tenemos que integrar y que lo estamos haciendo al complejo de la atención a los usuarios.

Adviértase que en cada uno de nuestros dichos debemos tener mucha prudencia y cautela, ya que el Poder Judicial recién hoy tuvo el acta y se hizo pública, y el Ministerio del Interior continúa investigando. De hecho, los dos organismos continúan haciéndolo y el Ministro ha dispuesto una investigación administrativa. Por lo tanto, a cinco días de habernos enterado de este hecho -lo hicimos el sábado 17 de marzo, a la hora 17-, realmente es difícil hablar con total claridad y pertinencia de ellos, ya que las causas están abiertas y cada organismo está investigando por su lado: Poder Judicial, Ministerio del Interior y Ministerio de Salud Pública.

Tal como planteamos inicialmente, nuestras funciones pasan por evaluar lo que sucedió, básicamente las responsabilidades. Para ello -dando respuesta a las preguntas del doctor Solari, que mucho agradecemos- contamos con las cifras de mortalidad que permiten evaluar directamente esta situación y con el análisis de casos que se denominan "centinela". Y es importante aclarar que hoy no deja de ser nuestra función principal asegurar la asistencia en las unidades que sufrieron esta grave situación y en todas las demás que también están conmocionadas con este hecho. Además, es preciso prevenir más daño para el futuro inmediato en estas unidades y en todo el sistema, no solamente para los usuarios, sino para todo el sistema de salud.

Conceptualmente -es difícil reconocer esto, pero debemos hacerlo-, no existe un sistema estricto y absoluto frente a los crímenes para evitar el delito, y esa es una situación que hay que asumir. No se puede evitar ciento por ciento el delito. Nuestra función debe ser prevenirlo con educación y a través de la selección del personal, detectarlo precozmente, cuando se analizan los efectos adversos, y tener una respuesta oportuna frente a las situaciones. Desde ese punto de vista, en el Ministerio de Salud Pública hemos decidido vincular la tarea que viene haciendo la Comisión de Seguridad del Paciente -que se encarga del trabajo con el error y la malpraxis- con el tema del delito, y no porque este último esté incluido directamente en el error y la malpraxis -porque, como ya dijimos, son cuestiones sustancialmente distintas-; no obstante, creemos que se trata del ámbito privilegiado para hacerlo.

Las situaciones planteadas en la Asociación Española y en el Hospital Maciel son completamente diferentes. En la Asociación Española esta situación se genera en una unidad de cuidados neuroquirúrgicos, en la que hay pacientes extremadamente críticos. Para que ustedes se hagan una idea, el índice de mortalidad de esa unidad se ubica entre el 20% y el 25% de los pacientes internados. En tanto, en la Asociación Española, de acuerdo con los reportes preliminares que nos proporcionaron y que nosotros informamos a la opinión pública, no se detectaron incrementos en la mortalidad histórica, ni eventos centinela que pudieran haber indicado algún suceso de este tipo. A diferencia de lo que ocurrió en la Asociación Española, en el Hospital Maciel pasó en una unidad de cuidados coronarios, que es una dependencia de tan baja complejidad que la normativa vigente con respecto a la medicina intensiva no la contempla. O sea que no es una unidad de medicina intensiva, por lo que no está regulada por esa normativa.

Nosotros dijimos públicamente que no había aumentado la mortalidad entre 2010 y 2011, a diferencia del informe que fue leído: eso lo afirmamos nuevamente aquí de manera preliminar, ya que el Ministro luego va a leer la respuesta a la segunda pregunta del doctor Solari, que va dirigida específicamente a ese punto. No obstante, no quería dejar de decir esto, porque sé que es un tema de preocupación. No hubo incremento de la mortalidad, comparando el año 2010 con el 2011 en la unidad de cuidados coronarios del Hospital Maciel, porque si bien se incrementó el número de decesos, aumentó mucho más el número de pacientes atendidos. Por lo tanto, no hay que tener en cuenta solo el número de decesos, sino su frecuencia relativa. Inclusive, al hacer un cálculo estadístico, llegamos a la conclusión de que no había diferencias significativas.

Por lo tanto hoy -esto lo hablamos con el Ministro antes de venir aquí-, cuando conocimos el acta judicial, nos llamó la atención los dichos que allí se planteaban relativos a un incremento de esas características, porque eso no es lo que surge de los datos que nos proporcionó la división de estadística de ASSE y la Dirección del Hospital.

Con respecto a los puntos concretos en los que estamos trabajando, voy a resumirlos sucintamente y luego, si hay interés, se puede profundizar en ellos. El plan de impacto frente a esta situación de catástrofe nacional está compuesto por seis puntos. El primero fue decretar la investigación administrativa en las dos unidades,

cumpliendo con nuestra función de policía sanitaria, en base a la Ordenanza Nº 155 de 2012. En ese sentido, en las dos unidades se está analizando la mortalidad histórica, la variación, si es que la ha habido, el funcionamiento de los servicios dentro de la unidad y de los servicios anexos, fundamentalmente el de farmacia que es el que provee fármacos a esas unidades. A la fecha de hoy, 21 de marzo, lo que tenemos es la recopilación de la información en general de cada servicio y las entrevistas con sus dos Directores técnicos.

El segundo punto -que es muy importante en cualquier situación de catástrofe, como esta- tiene que ver con la creación de una unidad de información frente a la crisis, en la cual se está trabajando en base a cuatro grupos principales. Uno de ellos es el de los familiares de las víctimas. Como se dijo aquí al principio, creemos firmemente que la obligación principal es la atención humana ante esta situación tan dramática, y por supuesto que deslindamos toda responsabilidad de que esto haya sido público. De hecho quiero decirles que al día de hoy, antes de venir aquí, solo teníamos información sobre tres casos que ya fueron comunicados a la familia. O sea que no tenemos responsabilidad alguna en que esa lista se haya dado a conocer: eso nos parece deplorable, tal como dijo el Diputado García. Nosotros todavía no tenemos esa nómina que está viniendo desde el Ministerio del Interior, por orden del Juez actuante.

El segundo grupo es el de los familiares de fallecidos en otros servicios que tienen dudas con respecto a qué pudo haber pasado. El tercer grupo es el de los familiares de fallecidos en otras instituciones y el cuarto, el de los usuarios en general. La idea fundamental en la creación de la Unidad pasa por trabajar en conjunto con el Ministerio del Interior en un dispositivo de salud mental para el apoyo de los familiares que están viviendo esta dramática situación, y por la orientación en un consultorio jurídico -desde el Ministerio de Salud Pública- ara prestar eventuales asesoramientos con respecto a denuncias o a causas que se puedan abrir. También se está coordinando con un equipo que ya tiene experiencia en materia de catástrofes. Me refiero al equipo de salud mental de la Facultad de Psicología que tuvo la ingrata experiencia de haber sido el que asesoró en el problema que hubo hace un tiempo en Fray Bentos, cuando se produjo un accidente ferroviario.

El tercer objetivo de este plan de impacto es generar condiciones de seguridad e higiene laboral en los equipos de salud. Para ello se encomendó a la división de salud ocupacional que trabaje en la prevención del síndrome "burn out", que es el estrés máximo en los servicios que han sido involucrados en esta situación, dando apoyo psicológico a los equipos de salud y operando un cambio de las condiciones de trabajo en esos dos servicios, tanto en la Asociación Española, como en la unidad de cuidados coronarios del Hospital Maciel.

El cuarto objetivo es tener recomendaciones desde la Comisión de Seguridad del Paciente. En ese sentido, la idea principal pasa por generar algunos cambios en la normativa que permitan auditar de manera obligatoria todos los casos de mortalidad, desarrollando un nuevo listado de eventos centinela que puedan alertar sobre esta situación, elaborando una guía clínica para ello y un reporte obligatorio de muertes inesperadas o inexplicadas en una base de datos central, pero sistematizada en cada unidad. También apuntamos a un sistema de comunicación facilitada. Creo que si pensamos cómo solucionar la situación, este es el elemento más importante. Lo que debemos entender -lo hablamos hace un par de días con los colegas que trabajan en el Hospital Maciel- es que esta situación marca un antes y un después en la confianza de la gente hacia los equipos de salud. Nada va a ser igual y, por lo tanto, se requieren medidas excepcionales para recuperar la confianza de la gente en el sistema de salud. Creemos que esas medidas tienen que ser en dos grandes sentidos. Por un lado, se deben incrementar los controles externos que se realizan en esas unidades, porque la gente tiene derecho a estar preocupada por cómo se controla. En ese sentido, hemos generado una lista de pautas para el control y hemos planteado públicamente una idea concreta -estamos analizando la capacidad para instrumentarla-, que es la colocación de cámaras en las unidades que, protegiendo la confidencialidad de los pacientes y de alguna manera asegurando que sean usadas solamente con estos fines, es decir con el fin del análisis retrospectivo de casos, puedan generar un sistema de control externo. Pero -seríamos hipócritas y demagogos si no lo dijéramos- esto por sí solo no va a lograr ningún cambio si no se acompaña de un cambio en la cultura de los equipos de salud, logrando un involucramiento y un autocontrol en lo que se hace, permitiendo que cuando se detectan conductas anómalas por parte del equipo de salud, como lo que aparentemente dio origen a esta investigación -que dicho sea de paso fue hecha en un tiempo récord, por lo que vemos y comparamos con otros lugares-, existan facilidades y seguridad para hacer las denuncias. Por ese motivo, estamos estudiando la posibilidad de instrumentar una línea telefónica de veinticuatro horas para la recepción de denuncias y una dirección electrónica, ya sea en el marco de las comisiones de seguridad de los pacientes o, directamente en lo penal.

En quinto lugar, se ha instrumentado una auditoría y habilitación de todas las unidades de medicina intensiva. Hay un protocolo de relevamiento que se viene cumpliendo con nueve equipos que funcionan en el marco del Ministerio, y al día de hoy ya se han analizado muchísimas de estas unidades.

Por último, como dijo el señor Ministro, el sexto punto es solicitar una consultoría internacional a la OMS, que hoy ha sido afirmativamente evaluada, por lo que van a venir dos consultores internacionales, especialistas en catástrofes, para trabajar en esta cuestión.

Es cuanto tenemos para decir en esta primera introducción acerca del plan general y los diferentes objetivos.

Estamos a disposición. Asistimos aquí con todos los responsables de cada uno de los objetivos en los cuales estamos trabajando para poder profundizar en cada uno de estos dispositivos concretos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Propongo que se vote como Vicepresidenta "ad hoc" para la sesión de hoy a la señora Diputada Sanseverino.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota)

—— Cuatro en cinco: AFIRMATIVA.

(Ocupa la Presidencia la señora Representante Sanseverino)

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Señora Presidenta: permítame aclarar que cuando dí una respuesta en forma genérica dije que no me estaba refiriendo a nadie. No es mi manera de proceder culpar y usar esos vocablos. Quiero dejar constancia de que cuando me referí a eso no estaba hablando de personas de la oposición ni de nadie.

Muchísimas gracias.

Quisiera continuar brindando información -nos parece de suma importancia hacerlo en este ámbito que merece todo mi respeto- acerca de un pronunciamiento que hicimos en un organismo muy importante, que es la Junta Nacional de Salud. Para ello solicitaría que pudiera hacer uso de la palabra el doctor Gallo, Presidente de la Junta Nacional de Salud.

SEÑOR GALLO CANTERA.- Como Presidente de la Junta Nacional de Salud, órgano regulador y administrador del sistema, quisiera empezar por destacar, en primer término, la madurez de todos los actores involucrados en esto, así como de la sociedad en su conjunto, frente a tan grave crisis, impredecible e inesperada. Frente a los hechos descubiertos y hechos públicos el pasado 17 de marzo, la sociedad ha reaccionado con calma y expectativa ante esta enorme desgracia que provoca inevitablemente una situación de pérdida de confianza entre los equipos de salud, los usuarios y las instituciones. El Ministerio de Salud Pública ha venido trabajando desde el inicio de esta crisis con una serie de acciones que recién explicaba el doctor Briozzo. Entre ellas, convocamos a una sesión extraordinaria de la Junta Nacional de Salud, con carácter grave y urgente, a los efectos de informar sobre la batería de acciones de las medidas ya adoptadas. Citaremos en una instancia oficial -que tendrá lugar el próximo lunes- a todos los Directores, técnicos y administradores de las instituciones integrantes del sistema, de todo el país, a los efectos de trasmitir oficialmente todas las acciones que ha tomado el Ministerio de Salud Pública de primera mano, compartir las experiencias que ya se han reflejado en las instituciones por la problemática que están teniendo cada una de ellas en este devenir y, además, trasmitirles tranquilidad.

En esa misma sesión se resolvió una declaración de la Junta Nacional de Salud, que fue votada por la unanimidad de sus integrantes -queremos destacar, la unanimidad de los trabajadores organizados, de los usuarios organizados y también de los prestadores-, que expresa que no está en juego la estabilidad del sistema, que no se puede afectar a los hechos delictivos que son de público conocimiento, ya que no hay evidencia de problemas sistémicos en ninguna de las instituciones sino que se trató de problemas

circunscritos a las unidades involucradas, los que ya fueron solucionados. En este sentido, la Junta Nacional de Salud resolvió que no es pertinente disponer la apertura de carácter excepcional de la movilidad regulada.

Finalmente, solo quiero reiterar que la estabilidad del sistema no está afectada por los hechos delictivos aislados.

Muchas gracias.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Antes de pasar a la siguiente instancia, con los expertos que me acompañan, quiero aclarar, sobre los datos que estamos manejando y hemos manejado, que hay investigaciones en curso. En cuanto tengamos datos nuevos, evidentemente van a ser proporcionados a esta Comisión y a los órganos respectivos.

Quisiera que se autorizara a algunos de los integrantes de nuestra delegación a realizar tres exposiciones, que serán breves y concisas, en las que hemos venido trabajando desde hace mucho tiempo pero que en esta instancia son muy importantes, sobre tres elementos básicos que ayudan a entender la parte cuantitativa y cualitativa. En primer término, me refiero al sistema de vigilancia epidemiológica, por lo que me gustaría que la doctora Raquel Rosa hiciera uso de la palabra. En segundo término, quisiera que se expresaran los expertos que trabajan sobre el tema de la seguridad del paciente y, en tercer lugar, solicitaría que hiciera uso de la palabra el doctor Marcelo Barbato, acerca del plan de acción de medicina intensiva. Nos parece sustancial tener una mirada desde las comisiones asesoras nacionales que nos dan la visión del presente, del pasado y también hacia el futuro.

SEÑORA ROSA.- Mi rol es comentar cuál es la función de la División de Epidemiología que dirijo en el Ministerio de Salud Pública. Como la mayoría de ustedes saben, consiste en el monitoreo del proceso de salud y enfermedad en la población de Uruguay. Dentro del Sistema de Vigilancia Epidemiológica vigilamos el proceso de mortalidad y de morbilidad, es decir, las causas por las que enferma la población uruguaya.

Para el proceso de estudio de la mortalidad existe un área, Estadísticas Vitales, que lleva adelante el registro de los certificados de defunción que se deben realizar luego del deceso de las personas, que se procesan desde el punto de vista estadístico, obteniendo al final de cada año la secuencia y las principales causas de mortalidad de los ciudadanos, de la población uruguaya, comparando la tendencia a nivel del país. Esto es mirado desde una de las funciones esenciales de la Salud Pública que competen a esta área del Ministerio: la mirada poblacional.

Con respecto al Sistema Nacional de Vigilancia, existen varios mecanismos que se llevan a cabo desde hace muchos años y que se han sostenido y fortalecido. El Sistema de Notificación Obligatoria de Enfermedades -que inicialmente estaba muy vinculado a las enfermedades trasmisibles, dadas las características y paradigmas predominantes en el país-, ha sido actualizado y modificado hacia las tendencias de los cambios del perfil epidemiológico del país e incluye una serie de enfermedades que el equipo de salud tiene obligación de notificar al Ministerio de Salud Pública. Muy recientemente, en cumplimiento de la firma del Reglamento Sanitario Internacional, se ha modificado. El primer Reglamento de notificación obligatoria data de 1962, el siguiente de 2004 y, recientemente, en febrero del año 2012, surge una nueva actualización que incluye, más allá de las enfermedades de notificación obligatoria, lo que se conoce como eventos de salud pública de importancia nacional o internacional. Este grupo, que es muy amplio, involucra aquellos eventos que pueden llamar la atención a cualquier persona que ejerce funciones de atención a la salud individual, quienes deben notificar todo aquello que resulte llamativo, tanto por el riesgo a nivel nacional como internacional. Esto es reciente, fue aprobado por Decreto del Poder Ejecutivo, con fecha 16 de febrero, por lo que está siendo divulgado en este momento hacia las instituciones de salud.

Más allá de ese sistema de vigilancia obligatoria, hay una vigilancia sistemática de otras fuentes -porque se han ampliado los sistemas de vigilancia nacional- y se dan respuestas particulares para cada una de las instancias que se detectan por este tipo de notificaciones. Debo aclarar que en ningún caso este sistema está preparado para hechos de criminalidad sino para eventos de salud pública que no tengan una causa que lo pueda justificar, es decir, que debe llamar la atención más allá de que no tenga, por ejemplo, una causa etiológica que pueda provocar la muerte.

Por otro lado, desde la División Epidemiología de la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud Pública se ha promovido el fortalecimiento de las Unidades Departamentales de Epidemiología, con el objetivo de que cada departamento pueda promover ese tipo de acciones. Asimismo, en el último contrato de gestión, se promovieron las Unidades Hospitalarias de Epidemiología, con la finalidad de que se puedan concentrar las informaciones institucionales -ya que el Ministerio tiene una mirada global- para manejar los datos desde el punto de vista epidemiológico.

Quiero aclarar que uno de los usos de la epidemiología a nivel mundial y nacional, el uso en la planificación de los servicios y en la interpretación de los datos, es muy importante, es un proceso que hemos iniciado y tiene mucho que ver con algo que decía el doctor Briozzo hace un rato en cuanto a la interpretación de los datos estadísticos. Me gustaría aclarar desde el punto de vista absolutamente técnico -porque ese es mi rol aquí- lo que significa el cálculo de una tasa y el cálculo de proporciones y porcentajes en el cual uno debe referir a un numerador y a un denominador correspondiente para que sea comparable y significativo.

SEÑOR SOLARI.- Quiero formular preguntas sobre dos aspectos relativos al certificado de defunción, por información que ha sido difundida en estos días.

En primer lugar, habría una Resolución del Ministerio de Educación y Cultura del mes de febrero de este año que establecería -si no estoy equivocado- que ya no es necesario dejar constancia de la causa de muerte en el certificado de defunción.

La segunda inquietud se debe a que en el fallo del Juez se establece que menos de un 15% de los certificados de defunción tienen el nivel de calidad que deberían, un 28% tienen equivocada la causa de muerte -y el resto no tiene absolutamente nada.

Quería corroborar si ambas cosas eran ciertas.

SEÑORA ROSA.- Traje un certificado de defunción para que quede en la Comisión.

Es obligatorio dejar constancia de la causa de muerte, al menos de una de las tres causas posibles. Estamos trabajando e, inclusive, tenemos conversaciones con la Facultad de Medicina para mejorar la calidad del llenado del certificado de defunción. Hemos hecho varias propuestas de las que el señor Ministro y el señor Subsecretario están al tanto porque, realmente, la calidad del llenado del certificado de defunción ha ido decreciendo y creemos que es algo que tenemos que manejar con la Facultad y con los entes competentes.

Reitero que el llenado de la causa de muerte es obligatorio.

En cuanto a lo del Ministerio de Educación y Cultura no sé a qué se refiere, porque el certificado es emitido por el Ministerio de Salud Pública y es un documento legal. Actualmente, estamos en proceso de hacerlo electrónico, como ya se ha hecho con el certificado de nacido vivo. El certificado de defunción electrónico está en proceso de implementación, por lo cual todavía estamos en una fase de papel y electrónica, pero es absolutamente obligatorio su llenado y es un documento legal.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- A continuación, quiero ceder el uso de la palabra al doctor Barbato.

SEÑOR BARBATO.- En primer lugar, quiero aclarar que integramos un grupo técnico asesor en materia de seguridad clínica de los pacientes. Con esa finalidad fue creada la Comisión -como ya se explicitó aquí- y la internalización de esas políticas se hace a través de los Comités de Seguridad del Paciente de los prestadores que participan del Sistema Nacional Integrado de Salud.

La seguridad clínica no es lo que se entiende como seguridad en general sino que está muy bien descrita y es muy técnica. Existe una clasificación internacional de seguridad de los pacientes redactada por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, creada en 2004, presidida por el doctor Donaldson, de Inglaterra, de la Agencia de Seguridad Británica. Esa es la filosofía de trabajo con la que se creó la Comisión de Seguridad del Paciente. Nosotros trabajábamos con un enfoque sistémico de la atención y no en lo individual. En esa clasificación internacional, las palabras y las expresiones más usadas son "error", "incidentes de seguridad",

"incidentes de seguridad con daño", "cultura de seguridad" y "análisis sistémico". No es el enfoque de la seguridad integrada frente a los riesgos que una persona pueda correr en cualquier lugar. Por eso quería explicitar lo que han sido el Programa de Seguridad del Paciente y la prevención del error en la asistencia sanitaria que hemos propuesto, que pretende disminuir los riesgos de generar daños vinculados a la asistencia sanitaria y, como consecuencia, disminuir la frecuencia de eventos adversos, y detectar y mitigar el daño cuando se produce. Obviamente, mitigar la muerte es muy difícil, pero la muerte cuando no tiene vinculación directa con el acto médico es para nosotros imposible. Por lo tanto, se trata de un componente desde la calidad asistencial. Ese es el ángulo con el que nosotros trabajamos en este programa, que tiene tres áreas, dos de las cuales son: cultura de seguridad en los pacientes por su propia seguridad y la instalación de prácticas seguras. Estas son todas las recomendaciones de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que se expresan en una cultura sistémica que seguramente es la opuesta a la que hay que analizar en este momento.

La cultura dominante sobre los incidentes de seguridad con daño es aquella en la cual hay un responsable directo del error y se piensa que culpándolo y castigándolo se mejora el sistema, pero en el 70% de los casos no pasa eso; por lo tanto, cuando empezamos a trabajar en esto apuntamos a mejorar.

La introducción de estos conceptos en el sistema sanitario es de los últimos diez o quince años. Nosotros trabajamos en disminuir la incidencia de eventos adversos que detectaron los estudios internacionales, que figuran en el libro "Errar es Humano", que causó verdadera conmoción en el sistema sanitario norteamericano, en el cual se habla de una proyección de más de cien mil muertes por errores en la asistencia sanitaria. En el trabajo nosotros nos enfocamos en esto. Para ello los Comités de Seguridad del Paciente, que no tenían fines punitivos en su accionar, cumplieron estrategias educativas dirigidas a los COSEPA institucionales y estrategias de difusión y sensibilización de los profesionales sanitarios y usuarios del sistema, participando en todas las sociedades científicas de cirugía, de medicina intensiva, de enfermería y en la sociedad de psicología médica. A todos estos lugares intentamos llevar esta idea e inclusive presidimos algunas de esas Mesas.

Asimismo, llevamos adelante la consolidación de alianzas con otros organismos públicos, con organismos internacionales y para complementar nuestra actuación a nivel público, en la Universidad de la República y en el Fondo Nacional de Recursos.

En 2007, 2008 y 2009 hubo actividades presenciales educativas que se desarrollaron en el Fondo Nacional de Recursos -sobre todo por razones logísticas en ese momento- con la participación de más de ciento sesenta profesionales. También se impartió docencia sobre epidemiología del error y eventos adversos, seguridad en pediatría, seguridad en cirugía y anestesia, uso seguro de hemoderivados, herramientas de gestión de riesgo y análisis de incidentes de seguridad, comportamiento disruptivo en trabajadores de la salud y gradientes de autoridad, seguridad en medicamentos de alto riesgo y prevención de alergias, cultura de seguridad y sistema de reporte de eventos adversos. Esta fue una estrategia para lograr una masa crítica de profesionales involucrados en la temática a fin de delinear una política nacional que diera respuestas a esas expectativas.

En 2010, se realizaron cursos de profundización en los Comités de Seguridad del Paciente que habían participado en primera instancia; la participación no tenía un carácter obligatorio. También se comenzaron a implementar estrategias de seguridad clínica.

En 2011, un nuevo curso específico consolidó alguna de las líneas de la lista de verificación en cirugía, en la que participan diez instituciones en un proyecto piloto con Costa Rica, que se pretende llevar a todo el sistema sanitario.

Asimismo, se realizaron cursos más compactos en el interior del país, como parte de la estrategia de globalizar el aprendizaje

El grupo recibió la propuesta del Decano de la Facultad de Medicina de organizar y dictar cursos para pre grados sobre diversos tópicos referidos a la seguridad de los pacientes, estrategia recomendada por la Organización Mundial de la Salud como forma de transformar la cultura respecto a esta temática.

Como actividad de consolidación y desarrollo de los COSEPA, se realizó una revisión de historias clínicas que llegaron a la Oficina de Atención al Usuario del Ministerio de Salud Pública. En esa instancia se analizó

solo la presencia de fallos sistémicos; no se analizó nunca cuando había algún acto dudoso que pudiera representar alguna responsabilidad individual.

En el período 2009-2010, se contactaron las siguientes instituciones: CASMU, CUDAM, Médica Uruguaya, Servicio Médico Integral, Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, Cooperativa Médica de Canelones, CAAMEPA y Hospital de Paysandú. En esos casos, se realizó un funcionamiento común entre el grupo técnico asesor y los COSEPA institucionales, se realizaron ateneos y talleres conjuntos y se implementaron cuatro ateneos generales con exposiciones de estrategias de trabajo y recomendaciones generales de seguridad, con masiva participación de los COSEPA. Asimismo, se realizaron visitas a los COSEPA institucionales y monitoreos de su actuación, lo que se cumplió en forma presencial.

En cuanto a estrategias de difusión, se realizaron actividades puntuales de difusión en aquellas instituciones que manifestaron interés, que fueron: Mucam, Universal, Hospital Español, Hospital Policial, Hospital de Salto, Hospital Maciel, Servicio Médico Quirúrgico de Salto, Hospital de Paysandú, COMEPA, COMEF, Asistencia Médica Cooperativa de Maldonado, la Ronda de COCEMI, en 2007. Las actividades de Salto, Paysandú y COCEMI fueron acreditados por la Escuela de Graduados

También se logró una columna permanente en el Diario Médico, publicación que llega a la mayoría de nuestro cuerpo médico nacional, donde se publicaron artículos de autoría del grupo sobre prevención de alergia a la medicación, comportamiento médico disruptivo, lista de verificación de seguridad en cirugía, herramientas para el análisis de efectos adversos, estandarización de la comunicación, recursos humanos y seguridad del paciente.

Se realizaron publicaciones en Revista Médica del Uruguay: "Los que sufren innecesariamente" y "Evaluación del riesgo de incidentes".

Para no cansar a la Comisión, vamos a abreviar la exposición. Luego estaremos dispuestos a responder las preguntas que consideren necesarias.

Este es el marco en el que hemos venido trabajando.

Por último, estábamos trabajando en la implementación de un sistema de reporte de eventos adversos que, por las características que tenían en el marco de la cooperación con Costa Rica, era un sistema voluntario y no punitivo, con fines de aprendizaje y de detectar exactamente cuáles eran las causas que determinaban los efectos adversos vinculados al accionar del sistema sanitario.

(Ocupa la Presidencia el señor Representante Radío) -

SEÑOR SOLARI.- Quisiera hacer dos preguntas relativas a este mecanismo de Comités de Seguridad del Paciente.

El doctor Barbato hizo referencia a que uno de los aspectos que se instaba a que los COSEPA vigilaran era el comportamiento disruptivo del cuerpo médico, pero supongo que también debe estar incluido el del resto del personal. En este sentido, en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Maciel, hay un episodio provocado por este enfermero, Marcelo Pereira, quien tiene un comportamiento disruptivo denunciado por la nurse jefe, nurse Roldán -si no me equivoco-, que fue desechado por la Dirección del Hospital. Eso llevó a que la nurse pidiera licencia, de la cual aún no se ha reintegrado; esta cuestión es de principios de 2011, o sea que llevamos más de un año y, sin embargo, la Dirección del Hospital no tuvo en cuenta la queja planteada por la nurse en ese momento. Eso motivó que el Director del Servicio, doctor Patritti, solicitara que este enfermero fuera separado de esa función, algo que tampoco fue atendido por la Dirección del Hospital.

Si no entendí mal, ustedes hacían análisis de fallos sistémicos y no de acciones individuales, pero parecería que los fallos sistémicos surgen de la acumulación de eventos de este tipo en forma individual. Entonces, tengo serias dudas sobre la efectividad de lo que se está implementando.

SEÑOR BARBATO.- Es una pregunta realmente muy interesante, pero hasta el momento la Comisión de Seguridad de los Pacientes no tenía normativas de imposición porque trabajaba sobre cambios culturales, para la cultura sistémica. La Comisión de Seguridad de los Pacientes no tenía como objetivo

el contralor en ese aspecto sino de, en primer lugar, difundir, porque son políticas muy nuevas, casi inexistentes en el mundo y, en segundo lugar, llegar a una masa crítica suficiente, ya que entendemos como conductas disruptivas aquellas conductas pasivas, reactivas o pasivo reactivas. Cualquiera de esas conductas, en el ámbito del sistema sanitario, son del diario vivir en cuanto a cómo respondemos quienes trabajamos así. El hecho de que un cirujano le grite a una enfermera o a alguien en el block quirúrgico, es algo que no se va a entender como una conducta disruptiva, pero lo es y pasa todos los días. A esas conductas disruptivas es a las que nos referíamos en ese momento.

En cuanto a las estrategias para cambiar ese tipo de conductas reitero que, en primer lugar, está la difusión y, en segundo término, si en algún momento logramos desarrollarlo de una manera importante, llegar a una normativa de comportamiento de cada persona. Se trata de estrategias recomendadas por la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente; no es una normativa que nosotros tengamos desarrollada acá.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Quisiera complementar algo, porque la pregunta del señor Senador Solari está referida a la primera pregunta que nos hizo llegar en forma escrita.

Adelanto que me parece muy interesante esta pregunta y que estuvimos discutiendo sobre esto.

A partir del día 13 de marzo de 2012, en el contrato de gestión, esto se va a hacer obligatorio, por lo tanto habrá un elemento importante para trabajar.

En cuanto a la pregunta formulada, debo decir que hemos consultado formalmente a ASSE respecto a si ha recibido en su propio seno, en el Hospital Maciel, datos sobre las muertes inesperadas y situaciones irregulares desde el período 1º de enero de 2011 a la fecha. Hasta el momento en que nos dirigíamos a concurrir a esta Comisión no hemos recibido constatación formal al respecto, en virtud de que ASSE está realizando las averiguaciones correspondientes. Una vez que se tenga respuesta formal de ASSE, esta será trasladada a los señores Legisladores, si así lo entienden pertinente.

Sin perjuicio de ello, corresponde precisar que ASSE también ha decretado una investigación administrativa por los hechos ocurridos en el referido Servicio. Asimismo, el propio Ministerio de Salud Pública también ha decretado -como hemos anunciado- una investigación administrativa para tales efectos con fecha 19 de marzo, y en el día de ayer hemos ampliado esta investigación en virtud de denuncias efectuadas por algunos familiares de los pacientes.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Este es un punto central y por eso creo que amerita la respuesta a la pregunta que hizo el señor Senador Solari, que fue la primera.

El gran problema que existe en las conductas delictivas en los análisis retrospectivos de los homicidas seriales en el sistema de salud es que no hay un patrón de conducta disruptiva en todos los homicidas seriales. Hay algunos que tienen conductas disruptivas, es decir, que son malos trabajadores -como decía el doctor Barbato- que tienen maltrato con los superiores y que tienen faltas, y hay otro grupo que no, que son ejemplares trabajadores hasta que comienzan a asesinar gente, a provocar homicidios. Eso es lo que le da gran complejidad a todo mecanismo que intente delimitar.

Hay algunas conductas que son propias de los homicidas, que están bien estudiadas y estamos trabajando en eso. Por ejemplo, son los primeros que avisan cuando existe un evento agudo, un paro cardíaco, una hemorragia; son los primeros que se preocupan en ir a resucitar, pero no hay una conducta establecida. Creemos que esto tiene que ver con la pregunta. Entendemos que la conducta disruptiva no tiene que ver directamente con la conducta delictiva; agregaría el adjetivo "lamentablemente", porque sería mucho más factible de identificar si todos los que cometen homicidios tienen conductas disruptivas.

SEÑOR LOMBARDI.- Me voy a referir -de manera sucinta, por razones de tiempo- a las actividades que en el área de la medicina intensiva o medicina crítica se están desarrollando en el Ministerio de Salud Pública.

El 2 de junio de 2005 se crea la Comisión Honoraria Asesora en Medicina Intensiva -la cual presido desde esa fecha-, integrada por representantes del Ministerio de Salud Pública, de la Cátedra de Medicina Intensiva

de la UDELAR, de la Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva, de la Facultad de Enfermería y, desde que existe recientemente, de las Licenciadas Especializadas en Medicina Intensiva; es decir que se trata de una integración representativa de la actividad en el país.

Esta Comisión se creó en esa fecha con tres objetivos centrales. El primero fue actualizar el conocimiento de la situación de la medicina intensiva en el Uruguay a fin de poder definir racionalmente las necesidades en esta área. El segundo fue actualizar la normativa. Esta área de la medicina está normatizada prácticamente desde su existencia, a comienzo de los años ochenta, pero considerábamos que necesitaba una actualización, pues la última era del año 1997. Finalmente, el tercer objetivo fue diseñar un sistema de control de calidad y de resultados de esta actividad, inexistente en el país hasta la fecha.

El primer objetivo se logró a través de la realización de un censo. Hasta ese momento en el país no existía información más que fragmentaria de las condiciones de trabajo de las unidades, entonces se hizo un censo para recabar la mayor información, conocer y documentar la totalidad de los recursos -estructura edilicia, recursos humanos-, es decir, todo lo que hace al trabajo en el área.

Este fue un censo presencial -esto es importante-; se contó con la participación de unas sesenta personas entre médicos residentes, estudiantes de la especialidad y licenciados vinculados con el área. De esa manera, el 15 de octubre de 2005 se fue hacia todo el país y se logró censar, identificar y conocer todas las Unidades de Medicina Intensiva. En sesenta unidades se realizaron entrevistas directas con los jefes médicos o de enfermería y en cada una se obtuvo información a través de ciento treinta y ocho preguntas que hacían a todos los aspectos de la medicina intensiva. Por razones de tiempo no voy a relatar los resultados, están a disposición de quienes quieran verlos. Simplemente voy a mencionar algunos números.

Como dije, eran sesenta unidades, de las cuales treinta y tres estaban en Montevideo y veintisiete en el interior; veinticinco públicas y cuarenta y cinco privadas. Vimos cuál era la disponibilidad de camas cada diez mil habitantes -observamos distribuciones heterogéneas en el país-, la tasa de ocupación en relación de ventilación mecánica por pacientes, los recursos tecnológicos -un elemento muy importante en cantidad y calidad que se evaluó-, respiradores, monitores cardiológicos, de presión arterial, de presión intracraneana, desfibriladores, carros de reanimación, electrocardiógrafos, es decir, todo lo que hace al trabajo de la especialidad. Se obtuvo información en esos aspectos de todas las unidades del país, pero también de las condiciones de los hospitales donde se asentaban las unidades, en cuanto a si contaban con centros quirúrgicos, con bancos de sangre, con laboratorio, con imagenología, servicios de hemodiálisis, en función de lo que establecía la normativa. También en cuanto al soporte de la información, de registros médicos, para saber si había sistemas informáticos de historias clínicas o no.

Se sacaron once conclusiones. Estos datos fueron presentados a todos los involucrados y de manera pública. Es una información que está disponible. Se identificaron problemas importantes en cuanto a la distribución de camas, a la disponibilidad por geografía y a los recursos tecnológicos, con equipamiento insuficiente o no adecuadamente controlado en cuanto al mantenimiento o al tiempo de utilización. En función de esto se hizo una clasificación, en base a veinte indicadores, de debilidades y fortalezas -que también está disponible- en cuanto a la cantidad y calidad de estas Unidades.

(Murmullos)

—— Esta información fue actualizada recientemente, en julio de 2011. Por razones operativas no se hizo un censo presencial, sino que teniendo toda la información y los contactos, se hizo a través de contactos telefónicos y por correo electrónico. No se realizaron las ciento treinta y ocho preguntas, sino que se seleccionaron las que apuntaban fundamentalmente a aspectos de mejora de los recursos materiales y tecnológicos y, fundamentalmente, de las condiciones de trabajo y recursos humanos.

(Murmullos)

—— Entonces, en julio del año pasado el país contaba con sesenta y dos Unidades de Medicina Intensiva, de acuerdo con la definición de la normativa que fue revisada -segundo objetivo de la Comisión- en 2008. O sea que había dos Unidades más que en el censo anterior. De las seiscientas cuatro camas disponibles entre intensivos e intermedios se contabilizaron seiscientas sesenta y cuatro. Hubo mejoras claras en cuanto a la dotación de respiradores que, inclusive, aumentó por encima de las cifras aconsejadas, así como la renovación en cuanto a la calidad del equipamiento. También se observaron mejoras en otros equipamientos

básicos como son los monitores. No quiero cansarlos con detalles, pero claramente hubo -la información está disponible- por iniciativa de las unidades o por...

(Murmullos)

SEÑOR PRESIDENTE.- Ruego que se disminuya el nivel de rumor en Sala. Si los señores Legisladores necesitan dialogar, solicito que lo hagan afuera.

Disculpe, doctor Lombardi; puede continuar.

SEÑOR LOMBARDI.- Decía que hubo una mejoría por iniciativa de las instituciones, y en el caso de los respiradores fueron facilitados por el Ministerio a raíz de la epidemia de la gripe H1N1, que llevó a mecanismos que facilitaron la renovación de tecnología para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria.

Asimismo se observaron aspectos que hacen a los recursos humanos. Se encontraron debilidades sobre las que se está trabajando, pero que tiene algunos componentes de difícil resolución e, inclusive, trascienden al país.

Como decía, en 2008 se cumplió con la actualización de la normativa.

El tercer punto que la Comisión se había fijado, que era el desarrollo de un mecanismo de control de calidad, se estableció a partir del año 2009. En 2008 se diseñó un sistema de información y monitoreo de las Unidades de Medicina Intensiva con el objetivo de conocer y mejorar los resultados de la especialidad y promover un cambio de cultura en el manejo de la información en medicina intensiva. Para esto se creó un sistema piloto con nueve indicadores accesibles de resultado y de gestión, mortalidad global al egreso de la unidad, indicadores de gestión, edad y sexo, tiempo de estadía, pacientes que reciben ventilación mecánica, tiempo de ventilación, indicadores de severidad, cirugía, infecciones hospitalarias y el resultado final en cuanto al egreso.

En este momento este sistema no es obligatorio, las Unidades participan de manera voluntaria. Tiene tres años de funcionamiento ininterrumpido. Participan aproximadamente la mitad de las unidades del país. En este lapso se ha logrado información de 36.403 personas que han pasado por las Unidades de Medicina Intensiva de esas treinta unidades del país. Son aproximadamente mil pacientes por mes, que se mantienen con continuidad. De esos pacientes sabemos su edad, sexo, el tiempo que estuvieron, si utilizaron respirador y cuántas horas, si tuvieron infecciones dentro de la Unidad, si fueron operados y el índice de severidad. Esto es muy importante y no lo voy a explicar; simplemente, cuando analizamos mortalidad tenemos que referirlo a algún elemento que nos permita comparar manzanas con manzanas y no manzanas con peras. Entonces, tener esta información cruzada con la distribución de las Unidades en cuanto a la localización geográfica, al sistema de cobertura, las patologías de los pacientes al ingreso, las mortalidades correspondientes, es lo que permite en este momento tener información de estas Unidades en cuanto a estos indicadores que hacen al conocimiento y a la calidad.

Una vez que se haya comprobado que este programa piloto funciona y tiene buenos resultados, el paso siguiente es extenderlo de manera obligatoria a todas las Unidades.

SEÑOR AGAZZI.- Recibimos información muy detallada del trabajo que realiza la Comisión de Medicina Intensiva. Se nos contestaron las preguntas y se nos dijeron cuáles son los indicadores de gestión. Quisiera saber si llama la atención los indicadores o el desempeño de las Unidades en las que se dieron los actos criminales. Todo este trabajo que se hizo, aplicado a estas unidades, ¿indicaba algo? ¿Hay algún dato concreto con respecto a estas dos Unidades?

SEÑOR SOLARI.- Quisiera preguntar al amigo y doctor Lombardi si la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgicos de La Española está incluida en ese programa piloto de sistema de información. En ese caso si alguno de los pacientes identificados por la Justicia está incluido en el sistema de información. Si se hubiera trabajado más profundamente en ese sistema de información, ¿se hubiera podido detectar alguna de estas situaciones?

También quiero preguntar si es obligatorio para las Unidades de Cuidados Intensivos el control de stock y utilización de los medicamentos riesgosos como, por ejemplo, lidocaína, insulina, morfina, etcétera, en cada turno de enfermería. Por otra parte, me gustaría saber si es obligatoria la auditoría de muertes inesperadas, es decir, muertes que ocurren a contramano de la evolución clínica del paciente.

SEÑOR LOMBARDI.- Con respecto a la primera pregunta formulada por el señor Senador Agazzi, debo decir que la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Maciel no se ajusta a la descripción de Unidad de Medicina Intensiva y, por lo tanto, no está comprendida en la reglamentación ni en la actividad de esta Comisión; así que está por fuera. No ha participado la Unidad Neuroquirúrgica de la Española, por ser hasta el momento la participación voluntaria; por lo tanto, la Comisión no tiene esa información.

Hay un seguimiento mensual y el sistema tiene devolución. La Unidad que aporta los datos recibe la información procesada suya y la general, de tal manera que puede comparar sus resultados. La Comisión que analiza permanentemente los resultados, si detecta algo que llama la atención en estos indicadores, alerta e interactúa con la Unidad. Es la evolución global de estos indicadores. En estos tres años no hemos notado desviaciones importantes, salvo en algunos aspectos; la epidemia de H1N1 se reflejó claramente en el número de ingresos y en la mortalidad de manera indirecta en el sistema.

Con respecto a las preguntas del señor Legislador Solari, si mal no recuerdo, quiero decir que debe existir un sistema de contralor y, de hecho, en las Unidades eso se cumple. Sobre todo a nivel de enfermería, es muy celosa del cumplimiento y del control fundamentalmente de psicofármacos y de drogas riesgosas. Por supuesto que eso no implica que pueda haber fallas en el sistema.

En cuanto a la obligatoriedad de la auditoría de muertes inesperadas, lo que exige la normativa es que los servicios y las instituciones lleven el control -a través de la Superintendencia del Ministerio- de los eventos y que hagan una auditoría de los egresos; no se habla específicamente de los pacientes fallecidos.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- En la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos —se entrevistó a un conjunto de profesionales; se otorgó un plazo de cuarenta y ocho horas para presentar documentación-, surge del acta de inspección de la Unidad Neuroquirúrgica que no cuenta con un sistema de dosis unitaria de fármacos; esto es importante.

Con la documentación aportada hasta el momento por la Institución, se evidencia que no hay un aumento estadísticamente significativo de la mortalidad en la Unidad Neuroquirúrgica entre los años 2010 y 2011, por las características que diferenciamos entre la Unidad Neuroquirúrgica y la Unidad Coronaria. Este dato también es importante para nosotros. Además, se adjunta información recabada en el Departamento de Evaluación, copia del auto de procesamiento e información de la Comisión Honoraria Médica Intensiva y se solicita testimonio del expediente penal, etcétera

Me parece que todo esto también ayuda a entender la problemática del seguimiento desde el punto de vista estadístico sobre la morbimortalidad.

Después de haber escuchado con atención a nuestros profesionales altamente calificados que nos acompañan, voy a dar respuesta a algunas interrogantes del señor Diputado Chiesa Bruno sobre lo que tenemos en el procesamiento. En primer lugar, debo decir que no surge del auto de procesamiento que hubiera denuncias en el Hospital Maciel contra uno de los implicados, el señor Marcelo Pereira. Este es el único dato que tenemos sobre el caso de la señora Lemos.

Por otra parte, quiero aclarar que en el Ministerio de Salud Pública no existen denuncias previas contra el señor Marcelo Pereira ni contra el otro implicado por muerte dudosa respecto de ninguna de las dos víctimas.

Ahora voy a contestar las preguntas del señor Senador Solari.

SEÑOR CHIESA BRUNO.- Antes de pasar a las preguntas del señor Senador Solari, me gustaría tener un panorama de las otras interrogantes que hemos formulado.

Nosotros detectamos que hubo un cortocircuito entre el momento en que se informa a las autoridades de ASSE -el martes 13- y la información que el señor Ministro debería haber recibido de la Administración de Servicios de Salud del Estado. Como el señor Ministro había viajado, quedaba la duda de si se le había brindado la información al señor Subsecretario. De esa manera, podríamos saber que ese día habría tomado conocimiento el Ministerio de Salud Pública.

También llama la atención que en enero empiece una investigación a nivel del Ministerio de Salud Pública por parte del Ministerio del Interior y que el señor Ministro -compañero de Gabinete- no fuese comunicado acerca de lo que pasaba entre un Ministerio y otro.

Luego de escuchar a los técnicos -a quienes respeto mucho porque a algunos los conozco personalmente; hemos trabajado juntos-, me parece que acá hay una compartimentación tremenda con ASSE, lo que me lleva al final a concluir que realmente en este tema el Ministerio de Salud Pública ha estado ajeno. Lo digo porque no se precisa ser muy inteligente para darse cuenta de que si se tomaron seis medidas a partir de ahora, la señal que estamos dando a la población es que antes no se estaba haciendo nada. Después de una extensa sesión, me parece que no vamos a tener una conclusión definitiva porque el señor Ministro no tiene información concreta para contestar las preguntas que le hemos realizado. ¿Qué pasó? ¿Qué falló?

Se dice que se prendieron luces amarillas. En los estudios publicados en la Revista Médica acerca de lo que pasaba en los meses de octubre y noviembre de 2009, ya se manejaba la carencia de calidad en los certificados de defunción del Hospital Maciel. Parece que en ese caso las autoridades tampoco tomaron contacto con este problema. Es bueno centrarnos en el tema para poder trasmitir una respuesta a la gente que nos votó y para dar tranquilidad por lo que está pasando en el país con respecto a la salud.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Tengo que mencionar que siempre hemos trabajado sobre esta concepción de error; sobre la criminalidad, voy a dar las fechas en las que recibimos la información. Eso también forma parte de la batería muy importante de preguntas que el doctor Solari nos proporcionó. Por lo tanto, voy a dar muchas de las respuestas. De todos modos, no puede ser que se diga que no hemos trabajado en el tema; hemos trabajado sobre esa esfera, que la diferenciamos sobre la criminalidad y el asesinato.

Comento que nuestro país se adhiere al Programa de Seguridad al Paciente en 2007; en mayo de ese año, se constituye la Comisión de Seguridad del Paciente y Vigilancia de Errores en Medicina, dependiente de la Dirección General de la Salud. En el año 2008, en el Sistema Nacional Integrado de Salud se constituyen las Comisiones de Seguridad del Paciente, COSEPA. Esto aparece en la Ordenanza Ministerial Nº 481, de 31 de agosto de 2008. Es decir que no estamos ajenos a esa situación. Esto fue relanzado el martes 30 de agosto del año pasado y recomendamos la herramienta SAER -situación, antecedente, evaluación y recomendaciones- que hemos elaborado.

Es importante destacar que al mes de haber asumido como Ministro, retomamos el tema, aunque veníamos trabajando en ello desde antes. Así que sobre la primera temática, las fechas van a surgir si el señor Diputado Chiesa Bruno me permite contestar las preguntas del señor Senador Solari, y de esa manera vamos a ver cuándo tuvimos información sobre los asesinatos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Le solicita una interrupción el señor Diputado Bayardi.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Con gusto.

SEÑOR BAYARDI.- Quiero decir al señor Ministro que puede responder las preguntas como quiera y ningún legislador tiene por qué permitirle, o no, definir el orden en que lo hace. Si el señor Ministro quiere empezar contestando las preguntas del señor Senador Solari puede hacerlo perfectamente. En todo caso, cuando el señor Ministro termine se harán las consideraciones políticas que correspondan.

Esta es la información que deseaba suministrar al señor Ministro para que haga lo que quiera a la hora de responder las preguntas.

SEÑOR PRESIDENTE.- En cualquier caso, el señor Ministro va a hacer lo que le parezca pertinente.

(Diálogos)

—— Las interrupciones el señor Ministro las concede también si quiere.

Puede continuar, señor Ministro.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Muchas gracias. Agradezco la aclaración del señor Diputado Bayardi. Me parece que es fundamental volcar toda la información de manera precisa. Entiendo que así debe ser, y muchísimas gracias por la aclaración.

Ya hemos contestado la primera pregunta y nos vamos a referir a la segunda. No sé si todos los señores Diputados las tienen en su poder para no tener que leerlas. Esto es importante, porque son extensas las respuestas a las preguntas que con mucha sapiencia nos ha hecho el señor Senador Solari.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Me parece que a los efectos de la versión taquigráfica es muy importante que se haga la lectura de las preguntas para que queden documentadas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si el señor Senador Solari esta de acuerdo, incorporaremos el listado de las preguntas a la versión taquigráfica.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Voy a aceptar la sugerencia del señor Senador Gallo Imperiale y voy a leer las preguntas para que consten en la versión taquigráfica.

Pregunta Nº 1: "¿Hubo denuncias previas a la del mes de enero ante la Policía, ante autoridades del Maciel o de ASSE sobre muertes inesperadas o situaciones irregulares?.- 1. Para el caso afirmativo, ¿qué acciones se adoptaron?.- 2. Para el caso negativo, ¿se está averiguando? ¿Hay resultados?".

Hemos consultado formalmente a ASSE respecto de si se recibieron, en su seno o en el Hospital Maciel, denuncias sobre muertes inesperadas o situaciones irregulares desde el 1º de enero de 2011 al día de hoy. Hasta el momento en que me dirijo a esta Comisión no he recibido contestación formal al respecto, en virtud de que ASSE está realizando las averiguaciones correspondientes. Una vez que se tenga la respuesta formal de ASSE será trasladada a los señores legisladores si lo entienden pertinente.

Sin perjuicio de ello, corresponde precisar que, en primer lugar, ASSE ha decretado una investigación administrativa por los hechos ocurridos en el Servicio. Además, el Ministerio de Salud Pública ha decretado su propia investigación administrativa por tales hechos, con fecha 19 de marzo, y en el día de ayer, miércoles 21 de marzo, amplió su objetivo en virtud de denuncias efectuadas por algunos familiares de pacientes.

Pregunta Nº 2: "¿Aumentaron las muertes en el Servicio Intermedios de Cardiología del Hospital Maciel durante el año 2011? ¿Se midió la cantidad de fallecidos en relación a la cantidad de días de internación o en relación a la cantidad de egresos? ¿Se triplicaron las muertes, como dicen los medios de prensa? 1. ¿Qué estudio se hizo al respecto? 2. ¿Qué resultados arrojó? 3. Si efectivamente se constató un aumento, ¿se investigó las probables causas? ¿Y qué medidas se adoptaron?"

En cuanto a esta pregunta, tenemos información desde el punto de vista cuantitativo.

En el año 2010 egresaron de esta unidad 307 pacientes, fallecieron 8, tenemos una tasa de 2,6%. En el año 2011 egresaron 449 pacientes, fallecieron 17 y la tasa de mortalidad fue de 3,1%. Es importante fijarse en lo que en estadística se denomina -"n".

Las diferencias de las tasas de mortalidad no son significativamente específicas en cuanto a la estadística. Hemos hecho algunas pruebas estadísticas -chi cuadrado, test de Mantel, modelo de Jakes, etcétera-, que algunos conocemos bastante bien porque nos dedicamos a la investigación en epidemiología.

En el mes de diciembre de 2011, el Jefe del Servicio de la Unidad de Cuidados Cardiológicos, el doctor José Patritti, refiere a la Dirección del Hospital Maciel que había aumentado el número absoluto de las muertes en el año 2011, razón por la cual la Dirección del Hospital Maciel ordenó un relevamiento de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en ese año. Se conformó un Comité de estudio de las historias clínicas,

integrado por los Jefes de los Servicios, la licenciada en Enfermería encargada del Servicio y una licenciada en Enfermería de reconocida experiencia. El informe preliminar al 13 de marzo expresa que se trataba de un paciente grave -población habitual- o pacientes graves -poblaciones habituales- de la unidad, con buena respuesta a los tratamientos, que presentaban como denominador común -digo cosas desde el punto de vista sintomatológico- bradicardia, hipotensión y paros cardiorrespiratorios inesperados, a pesar de la situación clínica grave de los pacientes. Hasta el momento, no se ha culminado el estudio en su totalidad. Está en investigación.

Pregunta Nº 3: "¿Cuál es la tasa de mortalidad hospitalaria (número de internados fallecidos en relación al número de altas hospitalarias) 1. En todos los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.- 2. En los establecimientos de ASSE (Montevideo e interior).- 3. En los sanatorios privados.- 4. En los Servicios de Cuidados Intensivos y en los Servicios de Cuidados Intermedios (múltiples, neurológicos, cardiológicos, traumatológicos, quirúrgicos, oncológicos, etcétera)?".

Creo que hemos tenido la respuesta de la doctora Raquel Rosa en cuanto a la forma en la cual sistematizamos la información. Se trata de una pregunta muy importante...

(Interrupción del señor Diputado Chiesa Bruno)

—— Si me permite, voy a seguir con la respuesta, porque en la versión taquigráfica tiene que quedar todo junto.

Se entregará el informe con tablas sobre tasas de mortalidad hospitalaria, número de internados fallecidos con relación al número de egresos hospitalarios. La fuente de estos datos es la Estadística de egresos hospitalarios de la División Epidemiológica y datos del SINADI.

La pregunta Nº 4: "¿Se difunde la tasa de Mortalidad Hospitalaria entre los Directores de Hospitales y Directores Técnicos a fin de que estos tomen conocimiento sobre cómo están funcionando los servicios a su cargo?". También tomamos lo dicho por la doctora Raquel Rosa.

El sistema de registro de egresos hospitalarios comenzó a implementarse a partir del año 2005. Los primeros datos de prestadores privados se obtuvieron en el año 2006, incorporándose en el año 2010 treinta y seis prestadores. La información de ASSE comenzó a llegar a partir de 2011. La información enviada por los prestadores es procesada por el Ministerio de Salud Pública y a partir de 2010 se envía a cada prestador como devolución.

Por otra parte, el artículo 42 del Decreto Nº 399/008, de 18 de agosto de 2008, establece que "Será responsabilidad de las Instituciones, a través de los Jefes de Servicio, asegurar la calidad del proceso asistencial y sus resultados, utilizando para esto indicadores objetivos que comprenden entre otros: índices de severidad y pronóstico, tasa de mortalidad, tiempo de estadía, tasas de infecciones hospitalarias. Los Jefes y Supervisores de cada Unidad de Medicina Intensiva deberán realizar auditorías de las Historias Clínicas al egreso del paciente, para asegurar un adecuado nivel de los registros médicos".

SEÑOR HEBER.- ¿Me permite una interrupción, señor Ministro?

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- La pregunta Nº 5 establece: "Si no se hubieran estimado anualmente esas tasas, ¿cuándo fue el último estudio que se realizó...".

(Interrupción del señor Senador Heber)

SEÑOR PRESIDENTE.- Señor Senador: solicito que respete al orador. Los señores legisladores pueden pedir una interrupción y el señor Ministro de Salud Pública puede concederla o no, y no la ha concedido.

(Interrupción del señor Senador Heber)

—— Estoy amparando en el uso de la palabra al señor Ministro. Señor Ministro: ¿concede la interrupción al señor Senador Heber? De lo contrario, continúa en el uso de la palabra.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Amablemente, señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Puede interrumpir el señor Senador Heber.

SEÑOR HEBER.- Pido disculpas, porque no quiero venir a gritar.

(Interrupciones)

—— Voy a pedir disculpas. Si no me dan la interrupción, me obligan a gritar.

El señor Ministro está leyendo un documento que es relevante que lo lea todo. Leyó los dos primeros puntos del documento y no el principal, que es el tercero, que es el informe del doctor Patritti. Ese punto es concluyente. Si uno lee el documento, lee el primer punto y el segundo punto y -luego se remite a otro documento...

(Interrupciones)

—— Bueno, yo digo que no lo leyó. Vean la versión taquigráfica.

Pido al señor Ministro que lea el tercer punto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Solicito que no dialoguen. Si el señor Senador Heber ha finalizado, puede continuar el señor Ministro.

SEÑOR HEBER.- He finalizado.

SEÑOR GAMOU.- ¿Me permite una interrupción?

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Pido disculpas al señor Diputado Gamou, pero haremos referencia exclusivamente a los números, porque me parece que lo leímos y vamos a reiterar.

Si el señor Presidente me lo permite amablemente, el señor Subsecretario hará una pequeña intervención al respecto, porque este es un tema sobre el cual me parece que es muy importante dar respuestas con mucha calma y mucha entereza y nosotros no queremos eludir ninguna respuesta.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Lo que se formula en la pregunta con toda claridad -y es lo que también lo hemos planteado públicamente- es si en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Maciel aumentó la mortalidad en el año 2011 con respecto al 2010. La respuesta es que no aumentó significativamente.

Si analizamos el número absoluto de muertes, la respuesta es que aumentó sí el número absoluto, ya que en el año 2011 fallecieron 17 pacientes, mientras que en el año 2010 fallecieron 8 pacientes, pero el número de pacientes atendidos también varió significativamente, pues en el año 2011 se atendieron 549 pacientes y en el año 2010 fueron menos. Si calculamos la frecuencia relativa, la tasa de mortalidad, encontramos que la mortalidad en el año 2011 es de 3,1% y en el año 2010 de 2,6%.

La confusión viene dada porque hay un informe que se presenta el 13 de marzo que hace referencia a la muerte de pacientes en números absolutos, pero no en números relativos, y eso es muy importante para analizar si aumentó o no la mortalidad. Puede haber aumentado el número, pero no la mortalidad, porque la mortalidad es una tasa que depende del número de muertes sobre el número de pacientes atendidos.

(Interrupciones)

—— Este dato es importante, porque hubo gran confusión en la opinión pública.

Quiero agregar que a nosotros también nos llamó la atención -soy totalmente sincero-, cuando leímos el acta judicial, porque no entendíamos cómo el 13 de marzo se hablaba de esa situación en números absolutos. Pero

queremos ser totalmente explícitos: con respecto a la función de control en cuanto a vigilancia epidemiológica es absolutamente inexacto decir que en el año 2011 aumentó la mortalidad con respecto al año 2010. Eso es absolutamente inexacto. Si se agrega que eso se dijo el 13 de marzo, cuando ya habían empezado las instancias judiciales, me llama mucho la atención -lo digo a título personal- que retrospectivamente se diga eso cuando los números no lo demuestran.

SEÑOR CHIESA BRUNO.- ¿Me permite una interrupción?

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Me parece que este es un punto que hemos aclarado una y diez veces.

Hace veintidós años que soy epidemiólogo y hace veintidós años que trabajo en estadísticas analíticas y descriptivas; manejo alguna base de datos, aunque ahora no estoy en el "métier". La lectura hay que hacerla con dos elementos básicos -lo digo sin sobrar, simplemente aportando a la discusión y al manejo del número-: el numerador y el denominador, más un cociente...

(Interrupción del señor Representante Chiesa Bruno)

(Diálogos)

SEÑOR PRESIDENTE.- Señor Diputado Chiesa: nadie ha faltado el respeto a nadie, a pesar de que hay gente que ha salido de Sala a decir que se ha faltado el respeto.

(Interrupción del señor Representante Chiesa Bruno)

—— Permítame, señor Diputado, le solicito por favor que colabore con la Mesa.

Aquí hay gente que ha salido de Sala a decir que se está faltando el respeto porque todo el mundo quiere acumular para su molino. Lamentablemente es así. Pero aquí nadie faltó el respeto a nadie. Está haciendo uso de la palabra el señor Ministro de Salud Pública, que si quiere, concede una interrupción y, si no quiere, no la concede. De lo contrario, usted no está autorizado a hacer uso de la palabra.

Lamentablemente, aquí hay gente muy preocupada en salir de Sala para decir que aquí se ha faltado el respeto. No importa...

Ya lo van a ver esta noche en los informativos.

Puede continuar el señor Ministro.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Señor Presidente: quiero que quede constancia en la versión taquigráfica que no está en mi ánimo faltarle el respeto a nadie.

SEÑOR PRESIDENTE.- Eso está claro, señor Ministro. Solicito que continúe con su exposición.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Como decía, se deben tener en cuenta el numerador, el denominador, más un cociente, que se puede denominar como se desee. Si los eventos son muy alterados en cuanto al numerador y al denominador podemos aumentar el cociente, y para una lectura más precisa desde el punto de vista técnico podemos hablar de 0,00034 o de un 34%. La lectura que tenemos que hacer acá es que en los procesos de vigilancia, en este caso desde el punto de vista de la mortalidad, debemos tener en cuenta estos aspectos cuando nosotros trabajamos directamente con estos números o cuando nos entregan los informes de los médicos que se desempeñan en la alta especialidad del manejo de base datos.

No quería en absoluto interrumpir de esta forma, pero me parece que es básico decir eso, porque la consideración de este tema, que hemos tomado como de gran trascendencia, no implica interpretarlo como lo queramos. Este es el tema técnico ajustado a lo que nosotros hacemos.

Voy a continuar con las preguntas.

(Interrupción del señor Senador Heber)

—— Pregunta Nº 5...

(Diálogos)

SEÑOR HEBER.- Quiero que se lea el informe del doctor Patritti, y, si no, voy a concluir que se está ocultando información.

SEÑOR PRESIDENTE.- Continúa en uso de la palabra el señor Ministro.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- La pregunta Nº 5 dice: "Si no se hubieran estimado anualmente esas tasas ¿cuándo fue el último estudio que se realizó al respecto y qué se hizo con esa información?"

Los datos llegan anualmente y se procesan. No se presentan los datos de 2011 porque actualmente se están procesando. Es importante esto. Redundo en la respuesta: cuando uno trabaja la base de datos hay que darle confiabilidad, la certeza de que el dato se puede trabajar; hay limpieza de bases de datos, y distintos programas. Felizmente, la informática nos está dando instrumentos sumamente importantes como para procesar estos datos. Por lo tanto, esta respuesta la damos así.

La pregunta Nº 6 dice: "¿Se auditan regularmente las muertes sospechosas (de confusa explicación) ocurridas en los Hospitales de ASSE (Montevideo e interior)?¿Funcionan los Comités de Muertes en dichos hospitales? ¿Cuántas muertes sospechosas se auditaron en el Hospital Maciel, el Centro Hospitalario Pereira Rossell y Hospital Pasteur durante el 2011?

SEÑOR PRESIDENTE.- Disculpe, señor Ministro.

Quiero señalar al señor Ministro que en este momento se está desarrollando un evento en Antesala del Senado, organizado por la Bancada Bicameral Femenina, y las Senadoras Xavier, Moreira y la señora Diputada Payseé se tienen que retirar.

(Diálogos)

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- En cuanto a las muertes sospechosas (de confusa explicación) -entre paréntesis- ocurridas en el Hospital de ASSE, el médico tratante no firma el certificado de defunción, elevándose el caso al Juez, y este determina la pericia del médico forense. Esto es importante. No es que se pase algo por alto; esta es la legislación que tenemos.

Con respecto al Comité de Muertes, existen en los hospitales de referencia nacional: Centro Hospitalario Pereira Rossell, Hospital Pasteur y Hospital Maciel, parcialmente. Para no ser tedioso, voy a adjuntar todos los números que tenemos respecto a esta pregunta.

SEÑOR PRESIDENTE.- El señor Senador Solari le solicita una interrupción, señor Ministro.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Voy a terminar de responder la pregunta Nº 6.

El Ministerio de Salud Pública tiene un sistema de vigilancia de enfermedades de notificación obligatoria, dentro del cual existe un ítem de obligatoriedad de notificación de eventos de salud pública que potencian el riesgo para la salud nacional o internacional. De esta forma nosotros comunicamos. En este capítulo se encuentran aquellas patologías que no tienen un agente etiológico claro o que pueden corresponder a nuevos agentes patógenos aun no reconocidos. Bajo este sistema se identificaron los primeros casos de gripe pandémica, por ejemplo. No teníamos un análisis o datos sobre esto.

Con respecto a las auditorías, se han constituido Comisiones de auditoría de muerte materna y de muerte infantil, que auditan todas las muertes de niños menores de un año ocurridas en estas instituciones públicas y en las instituciones privadas del país. El objetivo es detectar las primeras causas de muertes evitables, fundamentalmente en niños, embarazadas y en los casos de patologías infecto- contagiosas de dudosa etiología, con la finalidad de proteger la salud de la población.

SEÑOR SOLARI.- No entendí bien la respuesta del señor Ministro, tal vez porque me desconcentré. Si ya dio la información, le pido disculpas.

No comprendí la respuesta relativa a si se auditaban o no en forma regular las muertes sospechosas, entendiendo por estas aquellas muertes en las cuales, como en esta circunstancias, la evolución del paciente es favorable, viene mejorando, tiene el alta firmada y, sorpresivamente, se desencadena una situación de crisis que lleva a la muerte. Por supuesto que eso puede ser causado por una evolución natural de la propia enfermedad, pero también por un error médico o por una acción intencional, como en este caso. Eso es lo que yo quería saber con esta pregunta, es decir, si se estaban auditando ese tipo de muertes.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Como veníamos expresando, a nivel pediátrico prácticamente se hace en todos los hospitales. A nivel de adultos se hacen en algunos lugares. Es así.

La pregunta Nº 7 dice: "¿Se cumple por parte del MSP con el contralor de las instituciones públicas y privadas de Salud? Concretamente, ¿se controla por parte del MSP si se auditan las muertes en los hospitales de ASSE y el resto del subsector público (H de Clínicas; Hospital de Sanidad de las FFAA; Sanidad Policial; Banco de Seguros), en los IMAES y en los centros asistenciales del sector privado?".

La doctora Rosa ya se ha pronunciado globalmente sobre eso.

Con respecto al subsector público, en ASSE funciona un Comité de Muertes en el Hospital Pereira Rossell.

Es de resaltar que en toda muerte sospechosa -como ya dije- el médico no firma el certificado de defunción y, por eso, se solicita intervención jurídica. La auditoría de mortalidad de los IMAES es monitoreada por el Fondo Nacional de Recursos. El Ministerio de Salud Pública realiza controles en los institutos públicos y privados -la Directora de la DIGESNIS nos ha brindado información- respecto al cumplimiento del contrato de gestión entre la Junta Nacional de Salud y los prestadores integrales, a través de un cuerpo inspectivo, según la normativa referida a habilitaciones de servicios, así como de los programas de metas asistenciales.

Asimismo, se monitorea, a través del Sistema Nacional de Información -SINADI-, un conjunto importante de indicadores vinculados a la información económico- financiera, producción asistencial y cobertura.

La pregunta número 8 refiere a cuándo tomaron conocimiento los actores de la salud de la investigación policial en curso, solicitando fecha y fuente a través de la cual se tomó conocimiento.

Voy a empezar por mi persona. El Ministro tomó conocimiento de la investigación policial el sábado 17 de marzo, a la hora 20 y 15, en el aeropuerto de San Pablo, a casi tres horas de partir a Singapur. El Subsecretario tomó conocimiento el sábado 17 de marzo a última hora; nos comunicamos telefónicamente. La Directora General de la Salud tomó conocimiento de la situación el sábado 17 de marzo a última hora; la Presidenta de ASSE, la Gerencia Técnica, la Gerencia General y el Presidente del Directorio, el martes 13, aproximadamente a la hora 17, por informe del Director del Hospital; el Directorio de ASSE, el sábado 17, en la noche, y el domingo 18 por la mañana; la guardia de Dirección, el lunes 12 de marzo, aproximadamente a la hora 23 y 30, a través del Oficial Principal Peter Montaña, de Crimen Organizado, Interpol; el jefe de servicio, el martes 13, en la mañana, por información del Director del Hospital. Desde la primera notificación por parte del Oficial Montaña se solicitó a la autoridad hospitalaria mantener absoluta reserva del caso, a los efectos de no entorpecer el procedimiento policial. Repito: se solicitó mantener absoluta reserva del caso. Por eso los tiempos pueden parecer diferentes. Se indicó no tomar ninguna acción administrativa con el trabajador y extremar las medidas de vigilancia en forma sigilosa. Se nos dijo textualmente: "Pongan al mejor jugador de su equipo a vigilar al goleador del equipo contrario". Desde ese momento se fueron solicitando diferentes documentos, que se aportaron a la sede judicial y a Interpol, según correspondiera, en absoluta reserva.

SEÑOR BAYARDI.- Como varias veces se hizo referencia a este punto, me gustaría que el Ministro repitiera esta última parte de su intervención, referida a cuándo se fue informando de la situación y a las condiciones que fueron impuestas a aquellos funcionarios de ASSE a los que se puso en conocimiento de los hechos, es decir, la reserva por la etapa de presumario y demás consideraciones que se hicieron.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Reitero que fui notificado el sábado 17 de marzo, a la hora 20 y 15. El Subsecretario tomó conocimiento el sábado 17 de marzo a última hora; tuvimos una conversación e intercambio con nuestros adjuntos y tomamos la decisión de volver. El problema que se nos presentaba era grave y no teníamos experiencia al respecto; realmente, fue "shockeante". Me enteré e inmediatamente volví. Quiero destacar que los representantes de Uruguay en Brasil tuvieron un gesto muy importante al buscar la forma más rápida para que pudiera volver enseguida.

La Presidenta de ASSE, la Gerencia Técnica, la Gerencia General y el Presidente del Directorio tomaron conocimiento el martes 13, aproximadamente a la hora 17, por informe del Director del Hospital; el Directorio de ASSE, el sábado 17, en la noche, y el domingo 18 por la mañana; la guardia de Dirección, el lunes 12 de marzo, aproximadamente a la hora 23 y 30, a través del Oficial Principal Peter Montaña, de Crimen Organizado, Interpol; y el Director del Hospital, minutos después de la notificación telefónica a la guardia. El Director se encontraba en la oficina de Montaña para enterarse y encargarse del tema. El jefe de servicio se enteró el martes 13, en la mañana, por información del Director del Hospital. Desde la primera notificación por parte del Oficial Montaña se solicitó a las autoridades del Hospital mantener absoluta reserva del caso, a los efectos de no entorpecer el procedimiento policial. Se indicó no tomar ninguna acción administrativa con el trabajador y extremar las medidas de vigilancia en forma sigilosa: "Pongan al mejor jugador de su equipo a vigilar al goleador del equipo contrario". Desde ese momento se fueron solicitando diferentes documentos, que se aportaron a la sede judicial y a Interpol, según correspondiera, en absoluta reserva.

SEÑOR SOLARI.- En esta pregunta está incluido también el Director Técnico de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, porque es la persona responsable ante el Ministerio de Salud Pública de las irregularidades que puedan existir en esa mutualista. Sé que no es intención del Ministro hacer un trato diferencial entre el Hospital Maciel y La Española, pero pongámoslos a ellos también bajo la lupa.

Asimismo, quiero preguntar si el Ministro y el Subsecretario, como responsables políticos de la Cartera, aceptan de buen grado que el martes 13 la Presidenta de ASSE haya tomado conocimiento de estos procedimientos de investigación sobre hechos tan graves y no se lo hayan comunicado a ustedes hasta el sábado 17.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- La señora Presidenta de ASSE no tenía la dimensión del problema y, además, se estaba en una etapa de presumario. Yo acepto de buen grado la reserva porque el sistema de Justicia, el sistema policial, Interpol, etcétera, están sobre estos temas. Evidentemente, después conversamos sobre la diferencia en las fechas. De cualquier manera, por supuesto, lo tomé de buen grado porque creo en la honorabilidad de la doctora Beatriz Silva y también del Director General de la Salud de La Española. Son dos personas dignas de alto respeto.

SEÑOR SOLARI.- No me queda claro cuándo se enteró el Director Técnico de La Española.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- No lo dice acá, pero tengo entendido que fue el día 13.

SEÑOR SOLARI.- No tengo documentación que respalde lo que voy a preguntar y, por lo tanto, pregunto con el mayor respeto. Tengo entendido que el señor Subsecretario se enteró el martes 13, y me gustaría que él mismo corroborara o desmintiera esta información o dijera qué día y a qué hora se enteró.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- El martes 13 estaba fuera del país, en Brasilia, donde fuimos invitados a una consultoría por el modelo uruguayo de reducción de riesgo y daño en

aborto. Digo públicamente que no me enteré el martes 13. No tenía ni idea hasta el sábado de tarde, cuando el señor Ministro Bonomi me llamó por teléfono para ponerme al tanto. Luego de caer en la cuenta de lo que estaba pasando, se lo comuniqué al señor Ministro, que lo imaginaba ya volando hacia Qatar. Por suerte, lo ubicamos en San Pablo.

La información de que me enteré el martes 13 se publicó en la prensa, pero digo enfáticamente que no es así porque, repito, no estaba en Montevideo sino en viaje hacia Montevideo.

Por otra parte, con respecto a qué pensamos de no habernos enterado, quiero expresar que nos causó cierta incomodidad, pero entendimos muy claro la explicación de que si se hubiera violentado esta reserva se habría frustrado -y eso fue lo que dijo la División de Delitos Complejos a la Directora del Hospital Maciel- la investigación, cuando no había elementos probatorios suficientes. Esa fue exactamente la respuesta que nos dio la Directora de ASSE, que respaldamos totalmente, y a pesar de que debo reconocer que tampoco me gustó, como al señor Ministro, enterarnos el sábado, entendemos por qué se tomó esa decisión, porque la División de Delitos Complejos pidió no comentar nada por la investigación policial y judicial.

SEÑOR PRESIDENTE.- Nosotros también entendemos que no le haya gustado, señor Subsecretario.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Creo que estamos ante un tema importante, y quiero dejar constancia, como dije, de que este tema para nosotros es muy doloroso.

La novena pregunta dice: "Dado que el señor Ministro expresó (Diario El País -lunes 19 de marzo) que 'el MSP tenía identificadas en una lista, una cantidad de casos de muertes de confusa explicación que estaban siendo analizados, porque se enmarcaban dentro de determinados parámetros de diagnósticos y tratamiento', ¿qué acciones preventivas o correctivas realizó el Ministerio de Salud Pública en relación a esos casos desde enero del 2011 a la fecha (por favor especificar los prestadores de salud involucrados)".

La ingeniera Ramilo puede explicar que esta pregunta se refiere a la auditoría de notificaciones de patologías que no tienen un agente teleológico claro o pueden corresponder a nuevos agentes patógenos, aún no reconocidos, como asimismo a auditorías destinadas a detectar las principales causas de muertes evitables prioritariamente en niños, embarazadas y casos de patologías infectocontagiosas de teleología dudosa. Esto forma parte de lo que tenemos actualmente en los distintos hospitales que hemos nombrado.

La décima pregunta dice: "¿Qué asesoramiento recibió el Ministerio de Salud Pública del Comité de Seguridad del Paciente y Prevención del Error Médico desde enero del 2011 a la fecha? ¿Qué recomendaciones formuló dicho Comité y de estas cuáles se implementaron?". Hemos escuchado atentamente al doctor Marcelo Barbato al respecto.

Voy a leer un trabajo exhaustivo, porque creo que hay que dar una respuesta exhaustiva sobre la implementación que venimos haciendo hace tiempo. Dice así: "Uruguay en el marco de la Reforma Sanitaria, ha puesto énfasis en obtener cuidados de mayor calidad y en especial más seguros, definiendo la seguridad del paciente como la ausencia de incidentes o lesiones prevenibles en la atención médica, reducción del riesgo de un daño innecesario, asociado al cuidado de la Salud en un mínimo aceptable. Trabajando con todos los actores (equipos de salud y usuarios) para involucrarlos, sensibilizarlos en las políticas de seguridad del paciente.- Actividades de consolidación y desarrollo de los COSEPA institucionales, Comisiones Institucionales de Seguridad de los Pacientes y Prevención del Error Médico (Ord. 481/08).- Se realizaron nuevos cursos de profundización para integrantes de las COSEPA con el fin específico de iniciar y consolidar algunas de las líneas ministeriales: Listas de Verificación de la Seguridad Quirúrgica (Check- List), Sistema de reportes, estandarización de la comunicación, herramientas de análisis de eventos adversos. Cada curso tuvo una carga horaria promedio de 35 horas.- Cursos más compactos que se realizaron también en el interior del país como parte de la estrategia de globalizar el aprendizaje (Salto, Paysandú, Maldonado y Florida). En el último contrato de gestión con los prestadores del SNIS se incorpora el tema dentro del capítulo calidad de la gestión.- Cuadragésima -Calidad de la atención y seguridad del paciente: 1.- Con el fin de asegurar la mayor calidad en la atención y la seguridad del paciente el prestador debe implementar los Comités que a continuación se detallan, constituidos en la forma y con los cometidos que determine la normativa aplicable, los cuales tendrán carácter preceptivo.- A.- Comité de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina (COSEPA). Ordenanza 481/2008. Establece la constitución de las COSEPAS Institucionales.- La

Dirección General de la Salud, evaluará el cumplimiento de los cometidos de la Comisión a partir del número de historias clínicas auditadas cada año y los informes que produzca a su respecto, los cuales deberán incluir conclusiones y recomendaciones".

Otro eje de trabajo son las estrategias de difusión y sensibilización del tema: "Se realizaron actividades puntuales de difusión en aquellas instituciones que manifestaron interés o que eligieron esta área como meta educativa. Se logró una columna en el Diario Médico [...] donde se publicaron artículos sobre: prevención de la alergia de la medicación, comportamiento médico disruptivo, lista de verificación de la seguridad en cirugía, herramientas para el análisis de eventos adversos (ACR), estandarización de la comunicación (herramienta SAER), recursos humanos y seguridad del paciente.- Se recibió la propuesta del decano de la Facultad de Medicina de organizar y dictar curso para pregrados sobre diversos tópicos referidos a la seguridad de los pacientes, estrategias recomendadas por la OMS como forma de transformar la cultura con respecto a este tema (en proceso de redacción de Convenio entre las Instituciones involucradas). Participación y cooperación con la Comisión de Control de Infecciones Intrahospitalarias en los cursos de formación de profesionales en control de infecciones, entrenando en el tema 'Herramientas para el análisis de eventos adversos'.- Prácticas seguras.- Con la finalidad de 'reducir las consecuencias adversas derivadas de prácticas asistenciales poco seguras', la Alianza Mundial lanza los denominados 'Retos Globales por la Seguridad del Paciente', estrategia que aborda a lo largo de un período determinado un aspecto importante del riesgo de los pacientes, a fin de establecer un programa de acción.- Convenio de Cooperación Técnica entre países -TCC Uruguay -Costa Rica.- En nuestro país, con el propósito de implementar la 'Lista de verificación en cirugía' y en el marco del objetivo de OPS- OMS de 'Cirugía segura salva vidas', se firma un Convenio de Cooperación técnica entre países (TCC), tomando como aliado a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) de Costa Rica, país reconocido como referencia en Latinoamérica en la temática calidad de atención y seguridad de los pacientes, programa auspiciado y financiado por la OPS- OMS consta de dos puntos: 1. Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad en C Cirugía Check List.- 2. Implementación del Sistema de reporte de Eventos Adversos (Sistema Nacional de Reporte), que identifique áreas y problemas prioritarios comunes, que tengan como respuesta el desarrollo de oportunidades de mejora a través de programas de prevención, minimización y mitigación de eventos adversos.- Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad en Cirugía: Se selecciona y se convoca a 10 instituciones asistenciales del país (5 de Montevideo y 5 del Interior, de ellas 5 públicas y 5 privadas) para participar en el proyecto piloto de implantación del Check- List. Se conforma así con representantes con reconocido liderazgo clínico de todas las instituciones participantes un 'Grupo Técnico Conductor' del proyecto en el cual participan 5 profesores de cirugía, encargado del desarrollo y adaptación de la lista de verificación, del manual correspondiente, así como la estrategia de información y difusión en sus instituciones para la puesta en marcha de esta experiencia.- En marzo de 2011 se firma el acuerdo por parte de las instituciones participantes y la DIGESA, y se ratifica el 'Convenio de Cooperación Técnica Bilateral para el fortalecimiento de las Capacidades en la Implementación de Prácticas Seguras en la Red de Servicios de Salud en Costa Rica y Uruguay', con la presencia de las autoridades ministeriales de nuestro país y representantes de la Caja Costarricense.- La implementación de la lista de verificación en las instituciones participantes del convenio determinó que otras 10 instituciones se presentaran voluntariamente al MSP solicitando la posibilidad de comenzar a desarrollar esta práctica en sus instituciones lo que plantea un escenario favorable para la universalización de la estrategia a todo el Sistema Sanitario.- Sistema de reporte de eventos adversos.- Para reducir la frecuencia de los problemas de seguridad es necesario entender sus causas y diseñar métodos para prevenirlos o detectarlos antes de que produzcan daño a los pacientes. De ahí que aprender de los propios errores se ha convertido en uno de los objetivos de las estrategias para la seguridad de los pacientes. Los sistemas de notificación o de reportes que se han implementado en los centros de diversos países no sustituyen a otras estrategias de análisis de la frecuencia de eventos adversos, de estudios epidemiológicos ni a los sistemas de información de reacciones adversas a medicamentos tradicionalmente utilizados. De todas formas la articulación con los mismos potenciaría el conocimiento y la utilización de estrategias y herramientas de seguridad por parte de los sistemas de vigilancia en control de infecciones, hemoderivados y medicamentos por lo que la construcción de un Sistema Articulado de Notificación de Eventos adversos (SANEA) es un camino a recorrer en el mediano plazo.- Este Sistema se encuentra en plena Implementación y el mismo se desarrolla en 3 hospitales de ASSE (Hospital Maciel, Hospital Pereira Rossell y Hospital Español) cada Hospital definió 3 áreas de trabajo que reportarán en forma sistemática en el marco de este plan piloto. Se ha constituido un grupo técnico conductor con integrantes de la dirección de los Hospitales y un representante de cada área que -participarán en el reporte. El 28 de este mes se realizará el lanzamiento del SANEA (sistema articulado de notificación de eventos adversos) que aspira a mejorar el trabajo conjunto en la mesogestión y microgestión hospitalaria construyendo confianza entre los mismos y los trabajadores médicos y no médicos. Como

productos del mismo se espera obtener oportunidades de mejora para cada área, mejora del clima de seguridad en las instituciones involucradas, y elaboración de alertas de seguridad para el SNIS.- En Junio del presente año con la contraparte de Costa Rica, se analizará los resultados del Piloto en el marco del Convenio de Cooperación Técnica entre Uruguay y Costa Rica y se presentarán los resultados a las autoridades, con el propósito de universalizarlo a todas las Instituciones del SNIS.- El disponer de Sistemas Sanitario Estatales en Costa Rica y Uruguay plantea escenarios favorables para el desarrollo de políticas conjuntas en Áreas de Seguridad y Calidad de Atención Médica, y que también pueda servir de referencia a otros países de la región con similares características en sus sistemas sanitarios.- Estrategias en la comunicación que permitan mejorar la seguridad en la atención médica.- En agosto 2011, se presenta el SBAR SAER, es un mecanismo que permite facilitar la transferencia de información en situaciones complejas, cuando se requiere de atención inmediata o acción. Clarifica qué tipo de información debe ser comunicada (y cómo) entre miembros del equipo de salud. Mejora el trabajo en equipo y desarrolla la 'cultura de seguridad" en las Instituciones.- Propuestas del Grupo de Seguridad del Paciente en proceso para su implementación.- Extender y profundizar la rectoría ministerial hacia las instituciones sobre la importancia del tema.- Extender la implementación de la Check- List a todo el SNIS.- Implementar el Sistema de Reporte de eventos adversos en las tres instituciones definidas y extenderlo progresivamente.- Promover la estandarización de la s comunicación, inicialmente en las áreas críticas y cirugía.- Empoderar a los COSEPA institucionales dentro del SNIS (visibilidad del liderazgo) como aliados de las políticas ministeriales.- Retomar las auditorías Institucionales para visualizar funcionamientos de los COSEPAS.- Continuar el trabajo con los usuarios para involucrarlos en el tema.- Convenio con Facultad de Medicina para la capacitación en el tema -solicitado por el Decano". Estas son las actividades en respuesta a la pregunta Nº 10.

La pregunta Nº 11 dice: "¿Qué resultados arrojó la autopsia de la Sra. Gladys Lemos, fallecida el lunes 12 de marzo de 2012? ¿Se constató la presencia de derivados de morfina u otros fármacos sospechosos en sangre? De haber tenido el Ministerio de Salud Pública conocimiento oportuno de la investigación en curso, ¿se podría haber evitado esta muerte?". Esta es una pregunta muy importante.

El día 12 de marzo de 2012 la señora Santa Gladys Lemos, según el auto de procesamiento judicial, se encontraba internada en la Sala Gallinal del Hospital Maciel, por la patología de que era portadora y que también surge del auto de procesamiento. Ese mismo día fue dada de alta por indicaciones pertinentes de la médica actuante, que incluían contralores a los que debía someterse en la policlínica de nefrología y de neurocirugía. Pero antes de retirarse sufrió una descompensación que determinó su derivación a la Unidad de Cuidados Coronarios del mismo hospital, en oportunidad en que se atendía por el procesado Marcelo Pereira, quien le administró una dosis de morfina. Hasta acá los hechos confesados por el homicida.

La investigación policial fue llevada a cabo por delitos complejos bajo el más absoluto hermetismo y, como ya hemos dicho, la autoridad ministerial tomó conocimiento de ella con posterioridad a este hecho, concretamente, el 17 del mes de marzo. En suma, el Ministerio de Salud Pública no tuvo conocimiento de la situación antes del hecho; por consiguiente, no existió posibilidad de evitarlo. Pero lo central de la cuestión -y voy a la respuesta que merece la pregunta del Senador Solari- es que la comisión de un acto criminal como el relatado, y en la forma que se perpetró, no podría haberse evitado en ningún caso, salvo que el homicida ya hubiese sido detenido y consiguientemente ya no estuviera en su lugar de trabajo. No compete a este Ministro la investigación de delitos; sí a otro organismo del Estado que, como se sabe, es el Ministerio del Interior y que en las áreas de investigación de crímenes -complejos, actúa conforme a protocolos, basado en los principios de la más absoluta reserva y discreción que impidan la frustración de la investigación. Y vaya si en este caso se ha demostrado rapidez y eficacia por parte de estos servicios del Estado.

Por consiguiente, si el homicida no estaba detenido, y consecuentemente no estaba separado de su lugar de trabajo a la fecha de la muerte de la persona referida, es porque seguramente la autoridad policial consideraba que, a la fecha, no existían pruebas para proceder a su detención y a su sometimiento a la Justicia Penal porque, si eso se hubiera hecho, se habría frustrado la investigación que se llevaba a cabo. Pero reitero: esos son criterios que escapan al ámbito de mi competencia como Ministro de Salud Pública. Téngase presente que el propio Juez de la causa tomó conocimiento del hecho el día 12 de marzo de 2012, antes de la muerte de esa persona, y tampoco él hubiera podido evitarla.

SEÑOR SOLARI.- El Ministerio del Interior, específicamente la división de crímenes complejos, estaba tras estas pistas desde el mes de enero y la prioridad de esa Cartera en relación a este tema era, obviamente, tratar de resolver de la manera más ajustada posible la acción de estos dos criminales.

Pero, sin duda, esa no es la prioridad del Ministerio de Salud Pública. ¿Entiende usted, señor Ministro, que el Ministro del Interior debería haberle informado, como colega de Gabinete, sobre la investigación que se estaba haciendo de forma que, sin entorpecer la investigación, se hubiera podido coordinar acciones que llevaran al mismo resultado, sin que una o más de una persona falleciera?

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Sin eludir las responsabilidades voy a contestar que yo no soy el Ministro del Interior: soy el Ministro de Salud Pública.

La pregunta Nº 12 dice: "Dado que el Sr. Ministro expresó (Diario El País -lunes 19 de marzo) que 'las inspecciones tanto en La Española como en el Hospital Maciel comenzaron hace varias semanas y se siguen llevando adelante (…)', se comunicaron esas inspecciones a los responsables técnicos de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y del Hospital Maciel, para que estos adoptaran medidas preventivas? Por favor, especificar cómo están conformados los equipos inspectivos y proporcionar la identificación de quiénes los integran".

Hemos tenido información de la Subdirectora de la DIGESA, y de toda su unidad de trabajo, que refiere a las inspecciones de evaluación de los distintos servicios, en diferentes instalaciones de ambos prestadores, realizadas anualmente: AEPSM 13 en 2011, 1 en 2012 a la Unidad de cirugía altamente especializada hepatobiliar y pancreática y coloproctología. En el Hospital Maciel se realizaron cinco inspecciones entre mediados de 2010 y 2011. La rutina de inspección incluye una primera visita al Director Técnico de la institución y una final como forma de intercambio sobre los resultados obtenidos. El informe resultante de la inspección es notificado al Director Técnico. Los equipos inspectivos están conformados por profesionales de distintas disciplinas de la salud, incluyendo médicos especializados en todos los casos, licenciados en enfermería, químicos, químicos farmacéuticos e ingenieros. El equipo se conforma de acuerdo con los criterios de inspección internacionales y el número de inspectores asignados depende de la complejidad del servicio: nunca es menor a dos. El equipo es liderado (inspector responsable de tomar las decisiones durante la inspección, coordinar el informe final) por un profesional cuya especialidad se selecciona según el tipo de servicio de que se trata y de acuerdo con el objetivo de la inspección, en el caso de los seguimientos. Tenemos una lista de funcionarios que cumplen estas funciones: sería un tanto extenso mencionarla.

SEÑOR PRESIDENTE.- En todo caso, si no le parece mal, señor Ministro, podría alcanzarla a la Mesa a fin de que sea incorporada a la versión taquigráfica.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Como no, con mucho agrado.

La pregunta Nº 13 dice: "¿Quién investigará de aquí en más los otros 'casos presuntos' de muertes presuntamente causadas por los enfermos procesados? ¿El Ministerio del Interior? ¿El Ministerio de Salud Pública? ¿Ambos Ministerios? ¿Qué procedimientos o protocolos se utilizarán? Según nuestros técnicos, el Poder Judicial ha retirado de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, así como del Hospital Maciel, las historias clínicas de pacientes fallecidos en la unidad cardiológica de este último y en el CTI neuroquirúrgico de La Asociación Española, con el fin de desarrollar la investigación pertinente, quedando este Ministerio a disposición. Asimismo, este Ministerio recibirá en su oficina de comunicación con el usuario toda denuncia que este radique ante ella. Es importante destacar que robustecimos el mecanismo de denuncia. En los casos de familiares de usuarios presuntamente fallecidos, en los servicios involucrados se labrará un acta de denuncia a partir de la cual se desarrollará el procedimiento de comunicación con el Poder Judicial, como así también la investigación propia de este Ministerio.

SEÑOR SOLARI.- En la literatura sobre este tipo de eventos de criminales, sobre todo cuando estos han trabajado en la misma función de enfermería en otros servicios en forma previa, se expresa que es importante extender la investigación -por eso lo sugiero; disculpe que haya pedido una interrupción para esto- a otros servicios en los cuales hayan trabajado, donde pueden haber realizado las mismas prácticas sin que se hubieran detectado y, por lo tanto, donde también puede haber fallecidos y familias que merecerían una reparación y una investigación.

Gracias.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Estamos de acuerdo. Contesto positivamente que esa es una afirmación que compartimos.

Pregunta 15: "Número de expedientes en trámite o evacuados en relación a denuncias sobre muertes sospechosas en los prestadores de servicios del SNIS durante el 2011. Resultados de las investigaciones realizadas".

El número de expedientes por denuncias sobre muertes sospechosas en los prestadores de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud durante el año 2011 es de catorce, y se hallan en curso las respectivas investigaciones. En primer término, corresponde precisar que es un tema complejo el que se aborda en esas situaciones. Acá se solicita información de la historia clínica a las instituciones, se realizan entrevistas con los familiares, se revisan y se solicitan informes a los médicos actuantes, se recurre al peritaje de Facultad de Medicina, que lleva mucho tiempo, y se necesita mayoritariamente de personas especializadas, muy calificadas, que notoriamente son escasas en muchas ocasiones, lo que dificulta la agilidad del proceso. Tenemos en nuestro poder el número de expediente, la situación en la cual está y la situación de cada una de las instituciones en las que se requiere esta investigación.

Pregunta 16: "¿Se ha comenzado a contactar a los familiares de los 16 fallecidos?".

Aclaro que son dieciséis; se estaba manejando el número de quince. Nosotros simplemente estamos tomando los datos del acta que ustedes, los abogados, conocen. Son dieciséis.

Recién el día miércoles 21, a última hora de la tarde, este Ministerio accedió a la nómina completa de las personas identificadas que fallecieron. El Ministerio del Interior es el responsable, en primera instancia, de comunicar a los familiares. Una vez cumplido este paso, el Ministerio del Interior envía al Ministerio de Salud Pública los datos de contacto. A partir de ahí, en la mañana del jueves se puso en marcha un dispositivo de atención que consiste en realizar un primer contacto por parte del Departamento de Atención al Usuario, que es quien ofrecerá la coordinación de la entrevista con el equipo de salud mental del Ministerio de Salud Pública. Dichas entrevistas tienen el objetivo de dar el primer sostén a estos familiares, y especialmente la orientación posterior. Para el seguimiento se cuenta con el apoyo de un comité de expertos en crisis de la Facultad de Psicología, según información de nuestra Directora. El Departamento de Programas de Salud -DPES- viene trabajando intensamente en el diseño de un plan de contingencia -parte del cual leyó el señor Subsecretario doctor Briozzo- para organizar las respuestas sanitarias a las emergencias. Cabe aclarar que el contacto y la derivación posterior al equipo de la Facultad de Psicología de los familiares de las víctimas confirmadas, solo puede ser posible luego de la notificación previa a las familias por parte del Ministerio del Interior.

A continuación voy a referir a las características del Plan de Contingencia y a las características del problema. Desde la perspectiva de la salud pública se parte de la premisa de estar ante una emergencia sanitaria nacional de causa poco frecuenta a nivel mundial, situación generada por crímenes en el ámbito de los servicios de salud.

En cuanto a las peculiaridades de esta emergencia, debemos decir que han existido víctimas mortales durante un largo período, las cuales continuarán -para nosotros- aumentando en número a medida que avance la investigación, probablemente en la órbita judicial. Existe impacto sanitario con distintos niveles de gravedad sobre diversos colectivos a los cuales es necesario dar respuestas específicas: familiares directos de las víctimas confirmadas y a confirmar -no sabemos el número-, familiares de pacientes que hayan fallecido en el CTI y puedan ser posibles víctimas, familiares y pacientes que están atendidos en el momento actual en el CTI, trabajadores del CTI afectados, todos los integrantes del equipo de salud y direcciones técnicas de las instituciones afectadas y población en general, con la cual debemos hacer una gran labor.

El objetivo de nuestro plan de contingencia es organizar la atención sanitaria en respuesta a la crisis derivada de los asesinatos en el ámbito de los servicios de salud, priorizando en esta primera etapa a la población más directamente afectada.

Con relación a la población objetivo, se establecerán distintos niveles de prioridad en las acciones a emprender.

Primer nivel de prioridad: familiares directos de las víctimas confirmadas, equipos de salud de los CTI afectados, o unidades como la cardiológica -que no es un CTI-, direcciones técnicas de las instituciones afectadas.

Segundo nivel de prioridad: familiares de posibles víctimas, familiares y pacientes que están siendo atendidos hoy en los CTI, equipos de salud del CTI y otras instituciones y áreas de cuidados especializados afectados. Nuestro objetivo también apunta a dar información veraz a la población general.

Los objetivos específicos son: asegurar la atención inmediata y adecuada de las poblaciones más directamente afectadas; asegurar la disponibilidad de dispositivos de atención a la población de segundo nivel de prioridad -el grupo B-; coordinar acciones y brindar apoyo a los servicios de salud inicialmente afectados, Hospital Maciel, ASSE y Asociación Española; coordinar con la división de SAYO el reforzamiento de medidas en los servicios de salud tendientes a disminuir el impacto negativo de la situación especialmente agravada sobre todos los trabajadores de la salud y la ejecución a mediano plazo de acciones de promoción y cuidado de salud dirigidas al conjunto de trabajadores.

¿Qué acciones tenemos como objetivo? Las acciones concretas son: asegurar la atención inmediata y adecuada a la población más directamente afectada, sobre todo en el grupo A mencionado.

¿Cuáles son las acciones dirigidas a los usuarios del primer nivel de prioridad? Ya se está realizando un primer abordaje a los familiares de las víctimas por parte del Departamento de Atención al Usuario, quienes realizarán asesoramiento y sostén. En el día de ayer, quienes requirieron consultas personalizadas están siendo derivados al equipo de salud mental del Departamento de Programación Estratégica en Salud para una entrevista con carácter de sostén inicial y orientación posterior.

A partir del día de hoy se dispondrá además de la atención directa a familiares de víctimas confirmadas, por parte del grupo de expertos en crisis de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Los usuarios serán derivados a través del Departamento de Atención al Usuario a medida que se vaya conociendo la lista de damnificados. Se suscribirá un convenio entre el Ministerio de Salud Pública y la Universidad de la República.

Las acciones dirigidas a los equipos de salud y a las direcciones técnicas serán las siguientes. Se dispone la atención personalizada en ambos grupos por parte de expertos en crisis, independientemente de la atención inicial.

Las acciones para el segundo objetivo consistirán en asegurar la disponibilidad de dispositivos para atención a la población de segundo nivel de prioridad, sobre todo el grupo B. Desde el Ministerio de Salud Pública la atención inicial de esta población estará a cargo también del personal del Departamento de Atención al Usuario, quienes brindarán asesoramiento y primer sostén. Desde el día de ayer, quienes requieran consulta personalizada están siendo derivados al equipo de salud mental del Departamento de Programación Estratégica en Salud, para una entrevista de carácter de sostén inicial y orientación posterior. Se apoyarán mediante asesoramientos, acciones iniciales a la interna de las instituciones afectadas. Se propondrá a la Junta Nacional de Salud que todos los prestadores tengan disponibles todos los dispositivos necesarios para la atención de estos usuarios, especialmente, los correspondientes al Modo 1, en el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental.

Las acciones del tercer objetivo consisten en coordinar tareas y brindar apoyo a los servicios de salud implicados, mantener la comunicación diaria con los equipos de salud mental de las instituciones afectadas -en el día de ayer se realizaron reuniones con ambos-, brindar apoyo y asesoramiento directo a través de grupos de expertos en crisis en la acción de fortalecimiento interno de sus correspondientes servicios, evitando la iatrogenia.

Hemos contactado y hemos tenido la mejor voluntad para formar un grupo que a este equipo ministerial nos pueda sugerir iniciativas propias de gente que conoce la temática de la salud mental. Está integrado por el Director de Salud Mental, el licenciado Hebert Tenenbaum, el Director Nacional de Salud Mental de ASSE, doctor Horacio Porciúncula, el doctor Antonio Aguirre -de la Inspección General de los Psicópatas-, el Decano de la Facultad de Medicina, Profesor Fernando Tomasina, el Decano de la Facultad de Psicología, Profesor Luis Leopold y la Profesora Emérita Alma Carrasco.

Para referirse a la pregunta 14, cedo el uso de la palabra al doctor Gallo Cantera.

SEÑOR GALLO CANTERA.- Con respecto a la pregunta número catorce relativa a si el Ministerio o la Junta Nacional de Salud prevén abrir un nuevo período especial para que la población no quede rehén de las instituciones médicas en las que no confía, en la exposición anterior ya la contestamos. Todavía no existen elementos claros que hagan pensar que el sistema está corriendo algún tipo de riesgo. Por lo tanto, entendemos que todavía no hay mérito para abrir la movilidad regulada en forma excepcional para alguna de esas instituciones.

De todas maneras, es bueno aclarar que en la normativa vigente, el Decreto 177/009, existen excepciones que puede otorgar la Junta para el cambio de instituciones. Son dos. La primera tiene que ver con el cambio de domicilio. En este caso, el usuario puede realizar el trámite ante la Junta y si esta entiende que hay un cambio de domicilio, puede cambiarse. La segunda excepción es que existan situaciones originadas en problemas netamente asistenciales que lleven a una rotura en el vínculo entre el usuario y la institución. En esta situación, la Junta entenderá que los usuarios que tienen problemas asistenciales o que están vinculados directamente a las víctimas se pueden cambiar de institución. Estamos a la espera de los cambios que se planteen ante la Junta.

En resumen, la población que de alguna manera se vea afectada, como los familiares de las víctimas de la Asociación Española, pueden presentarse ante la Junta Nacional de Salud y, con mucho gusto, se les otorgará el cambio por esa circunstancia especial. Por obvias razones, también se concederá el cambio a aquellos pacientes que hoy se encuentran internados en estas Unidades. No se le concederá a las personas que por la alarma pública tienen cierta desconfianza aunque la atención no está en riesgo.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Voy a conceder el uso de la palabra al doctor Briozzo para referirse a uno de los temas que generó polémica, porque queremos ser bien claros y elocuentes en el tema estadístico.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Finalmente, luego de tratar de entender qué era lo que cuestionaba la pregunta sobre los datos, logré tener una respuesta para plantearles.

No fue sencillo porque, como dijimos con anterioridad, en el informe fechado el 13 de marzo y firmado por el doctor Patritti, se habla de porcentaje, de tasa y, en realidad son valores absolutos de fallecidos, por lo que el número no significa la tasa de mortalidad. Partir de ese error original hace inválido por completo el informe, porque confundir números con frecuencia determina que no se pueda hablar del tema.

Fuimos a ver exactamente cuál era la situación. En el Hospital Maciel funciona la Unidad de Cuidados Cardiológicos, que es una unidad única, donde los pacientes están en toda la unidad y la enfermería funciona en todo la unidad. Respecto a esa unidad dimos el informe de 549 pacientes egresados y 17 muertos en 2011, lo que da una frecuencia relativa, una tasa de 3,1%; en 2010, fueron 307 egresados, 8 fallecidos y una frecuencia relativa de 2,6%. El número 10 que aparentemente se pone en el informe, en realidad, no es una tasa. Ahí está el error. Es la frecuencia relativa en un subsector en la Unidad de Cuidados Cardiológicos, la Unidad de Cuidados Coronarios. La muerte fue de 10 casos en 226 egresos, lo cual da una frecuencia relativa de 4,4%. En el año 2011, comparado con el año 2010, el número de fallecidos fue de 4, pero el denominador cambia porque el número de egresos fue de 126, la mitad; por lo tanto, la tasa es de 3,2%. Hicimos el cálculo estadístico y tampoco hay, obviamente, ninguna diferencia significativa entre las muertes de 2011 con respecto a las de 2010. Y agrego: calculando las tasas, que es como metodológicamente se tiene que hacer la diferencia del cálculo de mortalidad.

En síntesis, hubo un incremento del número absoluto de fallecidos en el total de la Unidad y en este subsector, pero no en la tasa, como dijimos con anterioridad. Creo que el error original, la mala interpretación que se hizo, fue porque se asumió que el informe era correcto; pero en realidad no hablaba de porcentajes sino de número de pacientes. Demoramos porque no entendíamos la pregunta. Cuando se habla de mortalidad, se tiene que hablar de frecuencia relativa y no de número de pacientes. El número de pacientes fallecidos como dato aislado no sirve para comparar porque tiene que ser comparado con el número de pacientes asistidos.

SEÑOR CHIESA BRUNO.- La inquietud que tenía era sobre el análisis de esto. No estamos hablando de la mortalidad anual, que está clara: lo que ustedes sostienen es que fue de 2.6% en 2010 y de 3.1% en 2011, una diferencia de 0.5% que se puede decir que es significativa o no, es un tema de análisis.

Lo que me preocupa es lo que figura aquí como mortalidad 2011, mes a mes, que creo que fue lo que realmente preocupó al doctor Patritti cuando hace su análisis: se pasa del 2.9% en enero, luego se mantiene en un 2.6% en marzo y en 3.3% en mayo, hasta llegar en diciembre 2011 a 19.0%. Yo digo: estará mal calculado, estará mal planteado, pero esto es lo que al doctor Patritti le llamó la atención y de alguna manera quiso alertar sobre lo que estaba pasando. Si las cifras están bien o no, no lo sé, pero a eso refiere mi planteo: lo que llama la atención es que el porcentaje salta groseramente de un mes a otro.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Estamos haciendo la aclaración porque nos parece que este es un tema importante de ordenar y de ver cuál es la interpretación del dato.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- En primer lugar, la significación estadística no es algo que sea opcional. La significación estadística es el único elemento matemático que hay para decir si la diferencia se debe al azar o a que ocurrió algo. El hecho de que no haya diferencias significativas desde el punto de vista estadístico implica, desde la visión científica, que no hay diferencias por los años, aunque haya pequeñas variaciones, porque las mismas pueden deberse al azar.

En segundo término, la respuesta con respecto al análisis anual es porque en el informe se refiere al análisis anual de los casos, no al análisis mensual. El informe está mal porque dice que en el análisis anual hay una tasa de mortalidad histórica de equis y que se ha dado de otro número. Eso es lo que está mal.

Otro tema que hasta ahora no se había planteado era evaluar mes a mes. En este caso, es mucho más complicado por otro elemento estadístico que es el número de pacientes vistos en cada mes. Cuanto más grande es el número, más posibilidades hay de que la ciencia de la estadística pueda arrojar resultados más factibles de ser ciertos. Cuanto más pequeño el número total de eventos analizados, la estadística es más imprecisa. No creo que tenga valor analizar mes a mes lo que pasa -sobre esto habría que consultar a alguien especializado- y no es lo que figura en el informe que el doctor Patritti presentó en su momento, que era lo anual. Habría que considerar ese mes con respecto a los anteriores y con respecto a ese mismo mes en los diferentes años, información de la que no disponemos, y el número sería demasiado pequeño porque el número de casos también es pequeño.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Opino que muchas veces pueden llamar la atención los números y a pesar de que estadísticamente no son significativos, es la herramienta que tenemos.

SEÑOR VEGA LLANES.- Para salir del fárrago de números, quiero decir lo siguiente. Aquí se está hablando pero, primero, no sabemos exactamente cuándo empezó esto, no sabemos el número de pacientes que pueden haber fallecido; tenemos una estimación pero no sabemos. Entonces, ¿por qué diciembre va a ser tan importante? Ahora sabemos cuándo terminó esta serie de asesinatos, pero no tenemos idea de cuándo empezaron a producirse estos asesinatos. Entonces, ¿por qué diciembre nos va a llamar la atención y no otros meses? En realidad, es simplemente agarrarse de algo que, en definitiva, no tiene ningún significado porque seguramente hubo muertes en junio y en julio, y ahí no parece haber llamado la atención. Además, no creo que les haya dado una crisis para acelerar las muertes; simplemente, venían matando y siguieron matando. Esa es la verdad. Reitero: ¿por qué es tan importante diciembre? No tiene ningún sentido porque en realidad capaz que hace diez años que están haciendo esto. No sabemos; no tenemos idea de eso. No veo por qué vamos a estar dándole vueltas a esta matraca ya que, al final, está claro que no tiene mucho significado.

SEÑOR CHIESA BRUNO.- Quiero dejar constancia de que, además, el número de egresos es menor: veintiún egresos y cuatro fallecidos y en diciembre fueron cuarenta egresos y tres fallecidos. Además, en una Unidad que no es un Centro de Tratamiento Intensivo sino una Unidad de Cuidados Intermedios que pensamos que es una unidad de salida y no de entrada.

De alguna manera quisiera interpretar lo que mi colega en ese informe hace que es que le llamó la intención y es lo que trata de alertar a las autoridades. Es simplemente eso.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Todos vamos haciendo interpretaciones de los números y todos podemos jugar con los números, pero quiero dejar constancia en la versión taquigráfica de que cada número para este Ministro y para todo el sistema es una persona.

(Interrupciones)

—— Todos estamos haciendo el esfuerzo de entender. Solicito que la moderación desde el punto de vista estadístico se entienda. No estoy diciendo que no se entiende, que se interprete como estamos nosotros tratando de interpretar y que no se diga que estábamos descuidados. Por supuesto que nosotros hemos seguido siempre los números pero hemos explicado, concienzudamente, todo lo que queremos hacer no con los números sino con la gente.

SEÑOR BAYARDI.- No quiero encerrarme en la discusión de los números, pero admitamos una cosa. Vamos a manejar la información que tenemos, que es la de los números y la de las planillas y el informe del doctor Patritti del 13 de marzo, y vamos a rescatar -por información que tengo- que, en realidad, el doctor Patritti y la nurse Rondán plantearon el tema de la mortalidad al Director del Hospital Maciel, en una comunicación que tuvo escrita, y que sobre esa misma comunicación el Director del Hospital Maciel conformó una comisión para analizar las muertes que se estaban dando.

Ahora voy a hablar de los números, pero quiero decir que, constatado que había un número que podía haber llamado la atención, en realidad, se le dijo al Director del Hospital Maciel, quien no pensó que era diciembre, que eran las vacaciones -no sé qué día fue-, sino que, acto seguido, conformó una comisión que fue la que derivó en el análisis que después, cuando se le pide la información, la eleva y es la que tenemos aquí, de fecha 13 de marzo. O sea que, en primer lugar, se constató un hecho.

Comparto que puede haber habido preocupaciones en diciembre, lo que puede haber llevado a que se hiciera esta constatación sin entrar en un análisis estadístico desde el punto de vista de la significación que podía tener. Admitamos que no hubo omisión desde el punto de vista de lo que correspondía hacer, que era conformar una Comisión que estudiara o analizara qué podía estar pasando. Si la vemos por índice de mortalidad, pudo haber habido preocupación en julio de 2010, en octubre de 2010 y también en diciembre de 2010, en la medida en que el promedio que se tiene es del 3% al 4%, dicho esto por el propio Jefe de la Unidad. Desconozco las cifras; solo manejo los números del Jefe de la Unidad.

En julio, octubre y diciembre de 2010, y en diciembre de 2011, estamos por encima del promedio histórico de la Unidad. Más allá de poner la alerta y de hacer lo que se hizo -que fue conformar una Comisión que investigara el tema desde el punto de vista, no criminalístico, sino médico- asistencial-, no se podía haber hecho otra cosa. Me parece que por lo menos quienes provenimos del área de la salud no deberíamos encerrarnos en otra discusión, porque esta es la lógica.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

SEÑOR PRESIDENTE.- Continuamos.

Tenemos tres solicitudes de interrupción, señor Ministro; no sé si las va a conceder. Agradezco que no intervengamos todos por la vía de la interrupción.

(Diálogos)

SEÑORA SANSEVERINO.- Quisiera saber si hay lista de oradores.

SEÑOR PRESIDENTE.- Hay lista de oradores, y reitero que todos estamos interviniendo por la vía de la interrupción. Si el señor Ministro concede las interrupciones, por su orden estarían los señores Diputados Gamou y Chiesa Bruno, y el señor Senador Solari.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Si me permite, antes de concederlas, pediría a mi colega, el señor Subsecretario, con quien nos llevamos muy bien y trabajamos mucho juntos, que explique el análisis exhaustivo que acabamos de hacer para que quede bien claro el significado de esto desde el punto de vista numérico.

¿Me permite ceder la palabra al señor Subsecretario?

SEÑOR PRESIDENTE.- Usted está en el uso de la palabra y usted dispone, señor Ministro.

Insisto en que hagamos el esfuerzo de no intervenir todos por la vía de las interrupciones.

(Interrupción del señor Senador Solari)

—— Disculpe, señor Senador, si usted habla de esta manera no queda registro en la versión taquigráfica. El procedimiento es que el señor Ministro le conceda la interrupción y así puede hacer uso de la palabra.

(Diálogos)

—— Continuamos con la toma de la versión taquigráfica. El Ministro dispone si va a conceder las interrupciones o le cede la palabra al señor Subsecretario.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Creo que primero debe hablar el señor Subsecretario.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Descartado que hubo diferencias anuales entre los años 2010 y 2011 de manera contundente en la Sala de Cardiología y en la Unidad de Cuidados Coronarios, tomé nota de la preocupación que se expresó en Sala con respecto al mes de diciembre e hice el cálculo estadístico en este momento, de acuerdo con una tabla de doble entrada; hice el chi cuadrado para cuarenta pacientes. El chi cuadrado es un test para ver si la diferencia estadística es significativa o no. Es muy importante para decir si una diferencia se debe al azar o a una causa concreta. Por lo tanto, cuando se hace el análisis desde el punto de vista epidemiológico resulta clave tener un método estadístico. Puede ser este u otro; utilicé este porque es la tabla que pude encontrar aquí.

En el año 2010 hubo cuarenta casos egresados de la Unidad de Cuidados Cardiológicos, con tres fallecimientos, lo que me da una tasa de 7,5. En diciembre de 2011 hubo un total de veintiún pacientes, con cuatro fallecidos. Haciendo el test de la tabla de doble entrada -me pareció hoy, cuando lo dije, pero ahora lo puedo afirmar-, al disminuir el número total, los intervalos se amplían y tampoco es significativo: la P es de 0,85, es mayor que 0,05, y por lo tanto en el mes de diciembre tampoco hay diferencias significativas -como era de esperar- entre el 2010 y 2011. Desconozco el valor de este dato desde el punto de vista clínico. Recién lo consulté con la doctora Raquel Rosa y los doctores Raúl Lombardi y Marcelo Barbato, que saben mucho más que yo de este tema -yo soy un humilde ginecólogo- y me dicen que es difícil, mes a mes, con este pequeño número. Aun así, con este pequeño número, en el mes de diciembre tampoco hay diferencias estadísticamente significativas. Es decir: no había diferencias.

Por lo tanto, el informe que se hace con posterioridad al comienzo de la investigación judicial el día 12 de marzo, que firma el doctor Patritti el 13 de marzo, tampoco es significativo en cuanto a lo que dice. Por eso creo firmemente que está equivocado, no solamente por cómo está planteada la forma desde el punto de vista estadístico, sino porque no hay diferencias estadísticamente significativas ni en los años ni en la comparación de los meses de diciembre, que era la preocupación que se vertió en Sala.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, vamos a dar paso a los pedidos de interrupción.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Por supuesto, siguiendo la lista que tiene el señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Reitero: apelo a la buena voluntad de los señores legisladores para que no intervengamos todos por vía de la interrupción porque, de lo contrario, no avanzamos.

Puede interrumpir el señor Diputado Gamou.

SEÑOR GAMOU.- Lo que quiero consultar a la Mesa es si vamos a seguir con esta versión un poco extraña de una Comisión de Senadores y Diputados -donde no hay una lista de oradores, sino que, por medio de la intervención, alguno dice lo que se le antoja y -por decirlo de alguna manera- garronea la lista de oradores. Si el tema es que se va a respetar la lista de oradores, no digo más nada. Ahora: si vamos a seguir con que por la vía de la interrupción uno va metiendo lo que quiere decir, me parece que esa no es la mejor manera.

Pediría que si hay una lista de oradores la Presidencia la lea, pero no andar colándose por la vía de la interrupción, porque eso no me parece bueno. Además, tengamos claro: por más que nos colemos, hace rato que los informativos tienen grabado lo que decimos acá.

SEÑOR PRESIDENTE.- Gracias, señor Diputado. En principio, esta no es una versión un poco extraña de una Comisión: esta es la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social.

Por otra parte, no se puede hacer otra cosa más que apelar a la buena voluntad de los legisladores. En la medida en que se soliciten interrupciones y se concedan, vamos a seguir trabajando así. Yo apelo a la buena voluntad para que no sigamos trabajando de esa forma, porque se distorsiona la labor.

SEÑOR CHIESA BRUNO.- Quiero contestar alguna alusión que se hizo, y no tengo problema de que quede sentado en la versión taquigráfica. Lo voy a decir muy humildemente -como acaba de hacerlo el señor Subsecretario-, como un humilde médico del interior, de campaña, que tuvo el honor de ser Director del Hospital, Director Regional de Salud y Director Nacional de Salud. Entonces, tenemos algunos años metidos en el tema y algo aprendimos. Acá nadie está diciendo que el Ministro Venegas es el culpable. No, no; el Ministro no es culpable: es el responsable. Cuando ocupamos cargos nosotros teníamos clarísimo que eso era de ese modo.

Tanto es así que a mí me tocó encabezar la lucha contra el Aedes Aegypti cuando se venía una infestación muy importante a nivel nacional, y yo, como Director Nacional, tenía claro que si el dengue entraba al país no tenía que ir a pedirle el apoyo al Presidente, sino que tenía que ir a presentarle mi renuncia. De eso estamos hablando acá, no de temas estadísticos, del chi cuadrado ni de todo eso. Alguna cosa hemos aprendido, humildemente, y lo que tenemos claro es que debemos ser responsables

Hoy decíamos: ¿quién se va a hacer responsable de esta persona fallecida? Esa es la pregunta que formulamos y que aun no ha sido contestada. Digo esto con el máximo de los respetos que tengo por el señor Ministro. Él sabe que hemos tenido una buena relación desde que asumió como Ministro, pero acá se trata de responsabilidades, y cada uno, en su ámbito, la tiene que asumir.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Todos coincidimos en que estamos frente a un acto criminal, de asesinato, abominable; este no es el caso del Aedes Aegypti.

El Aedes Aegypti transmite una enfermedad infecciosa que se puede controlar y que la sanidad, el Ministro, los Ministerios o las autoridades rectoras de la salud deben controlar. Ahora estamos ante una situación diferente; no estamos hablando del Aedes Aegypti: hablamos de asesinato.

(Interrupciones)

SEÑOR PRESIDENTE.- Debo amparar al señor Ministro en el uso de la palabra.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Muy amable, señor Presidente.

Comparto que no es una acusación, sino que se trata de una responsabilidad. Por supuesto: esa es la responsabilidad que tenemos hoy, y la estamos asumiendo. Ahora: la criminalidad, a diferencia del riesgo y la iatrogenia, es otra cosa.

Por lo tanto, señor Presidente, con nuestra forma de actuar frente a los temas nacionales de importancia, no pido humildad, sino generosidad, a todos.

Muchas gracias y termino aquí.

SEÑOR PRESIDENTE.- Damos paso a la lista de oradores. Hay cinco legisladores anotados. En primer lugar, el señor Senador Solari.

SEÑOR SOLARI.- Decidí no contestar la alusión hecha fuera de actas porque creo que haber enviado con anterioridad las preguntas al señor Ministro y al Subsecretario, no haberlas dado a conocer a la prensa, haber sido reconocido por el señor Ministro y que me las contestara una por una, pone el nivel de la discusión muy por arriba del que lleva ver si somos más o menos humildes. Yo no tengo un humildómetro. Esa fue la razón. No es que no tenga contestaciones, que las tengo. Pero de toda esta sesión y de la larga y provechosa exposición hecha por las autoridades del Ministerio he sacado algunas conclusiones.

En primer lugar, varias de las interrogantes se han aclarado en el sentido de que se le pueden dar garantías a la población de que el Gobierno, a través de sus autoridades de la Salud, ha reaccionado firme, activamente y en el buen sentido. Han actuado en el sentido correcto de establecer mecanismos que aseguren que estos hechos no pasan inadvertidos o no van a continuar pasando inadvertidos en el futuro.

Con respecto al capítulo de responsabilidades, creo que hay una diferencia muy grande entre las estructuras establecidas en la normativa -los Consejos de Seguridad de los pacientes, los sistemas de auditoría, los sistemas de información, etcétera- y su aplicación en la práctica. Creo que la aplicación en la práctica -como es esperable- en algunos casos es muy buena, en otros más o menos y en otros casos es deficiente. Lamentablemente, en aquellas situaciones en donde es deficiente se encontraban estos dos criminales esperando para asesinar pacientes indefensos. A diferencia de lo que se manifestó públicamente el día martes, sin ningún tipo de conocimiento que lo respaldara, creo que los controles fallaron, y que como consecuencia de ello estas dos personas estuvieron matando pacientes que no tenían que haber muerto. ¿Por qué lo digo? Porque la nurse Rondán, de la Unidad de Cuidados Coronarios, y el doctor Patritti, Director de esa Unidad, a principios de 2011 denunciaron a esta persona por comportamiento irregular y no se tomó ninguna decisión al respecto. Tan solo esa situación -seguramente habrá una cuantas otras- hubiera motivado un funcionamiento tal de ese servicio que al enfermero Pereira no le hubiera facilitado la posibilidad de cometer esos actos.

(Ocupa la Presidencia la señora Representante Sanseverino)

—— Por otra parte, hay que tener en cuenta que la investigación que se ha hecho hasta este momento es fundamentalmente de tipo judicial. Me parece que eso hay que complementarlo con una investigación sanitaria. Cuando uno mira la literatura, o simplemente la información de prensa sobre asesinos seriales trabajando en hospitales, concluye rápidamente en que así como cometen asesinatos, también producen lesionados. Y yo en esta sesión no he escuchado una sola palabra con relación a los lesionados como consecuencia de los actos llevados a cabo por estas dos personas. Esa es una información muy importante, porque puede haber pacientes, en uno u otro servicio, que hayan sufrido lesiones relativamente importantes, algunas de ellas con secuelas también trascendentes como consecuencia de la acción de estos dos individuos. Creo que es algo que debe explorarse, no solamente en relación con el pasado sino también tenerlo en cuenta hacia el futuro.

En tercer lugar, esa misma literatura sobre asesinos seriales en los hospitales, concluye en cuatro recomendaciones muy importantes que creo que el Ministerio las está tomando pero, tal vez, no con la centralidad necesaria. La primera es que siempre hay que estar alerta a la posibilidad de acciones malintencionadas o criminalísticas. Siempre hay que estar alerta porque es la primera vez que sucede en Uruguay, somos un país chico. Es la primera vez que sabemos que sucede en un país de América Latina; probablemente haya una cantidad de hechos similares y que no detectamos. Hay toda una literatura sobre este tipo de situaciones, y la primera recomendación que se hace en todos esos trabajos es sospechar, estar alerta. La segunda es filtrar muy cuidadosamente la selección del personal que trabaja en Unidades de Cuidados Intermedios o Intensivos. Todo aquel que tenga una personalidad o una característica de conducta agresiva,

con antecedentes, con situaciones especiales, debe ser alejado de estos centros porque son lugares donde la vida se pone en manos del personal.

La tercera recomendación que hacen estos estudios -no lo veo reflejado tan claramente- es la de auditar rigurosamente -desde el punto de vista sanitario, no solo desde el judicial- todas las muertes que ocurren en pacientes cuya evolución clínica venía siendo distinta a la que finalmente se constata. Cuando un paciente viene evolucionando en forma favorable y se descompensa rápidamente y muere, hay que auditar. Esa muerte hay que auditarla siempre. Esa es la forma como se bajó la mortalidad materna en todo el mundo; esa es parte de la forma como se está bajando la mortalidad infantil en todo el mundo y de esa manera vamos a bajar la mortalidad en Unidades de este tipo, no solamente por acciones criminales sino también por errores médicos que siempre pueden suceder.

En cuarto término, en mi opinión, la reacción del Ministerio con respecto al Servicio de Unidades de Cuidados Intensivos de Neurocirugía en la Asociación Española ha sido tímida; no ha tenido la misma intensidad ni la misma visibilidad que en el Hospital Maciel. No creo que la Asociación Española deba tener ningún trato preferencial. Acá hemos hablado una cantidad de veces del doctor Patritti, pero nunca del doctor Grandal, Director Técnico de la Asociación Española, responsable ante el Estado de la calidad de los servicios que se brindan. Creo que el doctor Grandal debería haber sido investigado y tiene que haber informes que se deben difundir. Además, la información previa también debe difundirse; no es el Directorio, no es el Gerente General de la Institución. La Asociación Española Primera de Socorros Mutuos lo único que hizo hasta hoy fue sacar un comunicado de tipo propagandístico. ¿Dónde está la responsabilidad técnica? ¿Dónde están los estratos técnicos de esa Institución para asegurar a sus doscientos mil afiliados que están seguros de que se está haciendo todo lo posible para evitar la repetición de este tipo de situaciones? Eso no lo veo. En este caso en particular, veo mejores anticuerpos en el Estado que en el mutualismo.

En quinto lugar —que me disculpe el señor Presidente de la JUNASA, doctor Gallo Cantera—, debo decir que lo que está en juego no es la estabilidad del sistema. Acá está en juego la confianza que tienen los afiliados en la institución donde se tienen que atender. Por otro lado, hay que tener en cuenta que esos afiliados están aportando de su bolsillo en forma obligatoria por parte del Estado. Entonces, si se dan esas dos circunstancias, no existe confianza y el aporte sigue siendo obligatorio, habrá que abrir el corralito para todos. No se trata de que venga uno por uno para hacer los trámites burocráticos. Pero claro, no se puede abrir el corralito solamente para una institución o solo para la Asociación Española y para ASSE.

Por lo tanto, mi conclusión sería: demos a todos los afiliados del Sistema Nacional Integrado de Salud la posibilidad de que se puedan mover de una institución a otra según su confianza, según donde ellos entiendan que tienen mayores garantías, dada la tragedia y el horror que hemos pasado. Muchos de los que estamos acá no tenemos el riesgo de estar mañana en un CTI, pero pienso en personas mayores dentro de mi familia y no quisiera que fuesen a un CTI en el que no quieren estar. Y la mayoría de la gente no quiere ir a la Unidad Neuroquirúrgica de la Asociación Española o a la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Maciel. Ellos tienen razón y no tenemos por qué obligarlos. Todo lo contrario; habría que facilitarles todo lo posible para que pudiesen cambiarse de institución.

Por último, creo que estamos ante un Gobierno que funciona en forma compartimentada en sus Ministerios porque es la segunda ocasión que esto pasa. Ya sucedió con los famosos videos. Todos supimos que tanto el señor Presidente como el señor Ministro de Defensa Nacional tenían conocimiento del contenido de los videos, pero el señor Ministro del Interior no. Acá pasa lo mismo en otra dimensión, en otra versión. Acá el señor Ministro del Interior tiene conocimiento de hechos gravísimos que vienen ocurriendo en instituciones prestadoras de servicios de salud, pero el señor Ministro de Salud Pública no. Eso me parece un Gobierno compartimentado; eso me parece intolerable. Seguramente, sin interferir con la investigación policial y judicial en curso, se podrían haber tomado medidas basadas en la honorabilidad, en la respetabilidad y en la confianza que merecen el señor Ministro, el señor Subsecretario y la señora Directora General de ASSE para -es una situación hipotética; nadie lo puede afirmar pero tampoco nadie lo puede descartar- evitar algunas muertes. Esa compartimentación me parece que es un error grave de este Gobierno.

Por lo tanto, creo que todas estas explicaciones -algunas muy satisfactorias, otras no tanto y otras que son muy preocupantes- ameritan -como lo dijimos en el Comité Ejecutivo de mi Partido- la creación de una Comisión Investigadora a los efectos de aclarar todos estos hechos y para poner las cosas en su lugar.

SEÑOR RADÍO.- En la noche de ayer leíamos un reportaje a un señor Legislador del oficialismo — ahora no está en Sala -que expresaba que rechazaba "las acciones políticas mediáticas que algunos actores de la oposición, están queriendo atribuirle a los casos de asesinatos en centros hospitalarios". También decía el señor Diputado: "[...] eso los descalifica a ellos, ya que un tema de alta sensibilidad humana, lo transforman en un asunto de politiquería [...] pensamos que estos actos horribles, que rechazamos fuertemente, encierran un trasfondo de honda sensibilidad, y a su vez, rechazamos el manejo político que se insiste en darle [...] no es posible que se actúe ligeramente por parte de actores políticos relevantes [...] esta actitud nos parece un exabrupto a la razón y a la generación de la mayor confianza necesaria desde el punto de vista institucional, que tiene que tener el país todo, cuando ocurren estos hechos".

Yo quiero garantizar al señor Ministro que nada ha estado más lejos de nuestra intencionalidad. Hemos sido sumamente cautos, muy serenos y hemos procurado no emitir juicios, no adelantarnos a la información que el señor Ministro y sus colaboradores nos pudieran aportar.

Ayer por la mañana recibimos una nota de prensa con el título: "Familiares de Gladys Lemos: 'Ojalá que se quede, que lo dejen, que pueda trabajar, que nosotros lo apoyamos'". Más abajo se insiste con lo mismo: "Que Mujica le dé todo el apoyo [...] una linda y grata sorpresa [...] una gran contención que nunca tuvimos [...] nos tienen en cuenta".

Esta nota de prensa del Ministerio de Salud Pública la recibimos primero con indignación y después con vergüenza ajena. Y como leímos atentamente que el señor Ministro al entrar a la casa de los familiares dijo expresamente: "No quiero cámaras" —dejando clara su intencionalidad de no hacer de este gesto un acto propagandístico; compartimos la intencionalidad del señor Ministro-, nos imaginamos cuánto compartió nuestro sentimiento de indignación cuando vio esta nota de prensa. Esto sí que es transformar un tema de alta sensibilidad humana en un asunto de politiquería.

(¡Apoyados!)

—— Esto es manejo político pequeño de un problema grande que tiene este país, y esto salió del Ministerio de Salud Pública. El responsable de esta nota de prensa, de llamativa pobreza intelectual, ha buscado medrar con la desesperación ajena. El señor Ministro cuenta con nuestro apoyo para implementar todas las medidas sancionatorias que correspondan al responsable de esta nota de prensa que el Ministerio publicó y que, circunstancialmente, nos hizo sentir la misma vergüenza e indignación que seguramente sintió el señor Ministro cuando la leyó.

(Apoyados)

—— Hemos leído con suma atención las reflexiones que ha hecho el señor Subsecretario, doctor Briozzo, en el sentido de propiciar que la gente hable. El doctor Briozzo dijo que es necesario que la gente denuncie y que esto está habilitado, pero que no forma parte de la cultura de los uruguayos, que inmediatamente acusan de "buchón" al que denuncia. Y estamos de acuerdo con esas expresiones. Pero no seríamos en absoluto honestos si no advirtiéramos y reconociéramos que en este país simultáneamente hay una campaña permanente para que la gente no hable. Todos hemos leído en estos días, no el año pasado ni hace diez, la tensión que hay entre la directiva y el sindicato de la Asociación Española, que tanto nos preocupa —no ponemos solamente las tintas en ASSE, sino también en la Asociación Española-, por este tema. Los trabajadores han denunciado amenazas de los directivos para que no se hable con la prensa. Todos lo vimos en los medios en estos días. En un matutino, hace dos o tres días leí: "La orden para los trabajadores de la mutualista fue clara: no dar información. Las autoridades les pidieron a los trabajadores que eviten hablar del tema con los usuarios y menos con la prensa, confesó un empleado".

Y, ¿cómo venimos por la Administración de los Servicios de Salud del Estado? Pues bien, hace pocos días la Dirección del Instituto Nacional del Cáncer cesó al Jefe del Servicio de Radiología, doctor Daniel García Podestá, porque consideró que sus denuncias de irregularidades eran improcedentes. Y si se hacen estas cosas, ¿quién se va a animar a salir a denunciar nada? O sea, si hablás, ¿te dicen "buchón"? ¡No! ¡Te echan! Entonces, ¿cómo le vamos a decir a la gente que cambie la cultura? Cuando no se deja hablar a los funcionarios técnicos o se los amordaza, de alguna manera también se están propiciando condiciones para el desarrollo de episodios tan desgarradores como el que ahora nos está tocando vivir.

No se puede afirmar que el problema que tenemos arriba de la mesa se limita a dos psicópatas asesinos. Tenemos dos psicópatas asesinos, por supuesto, dos enfermeros asesinos, pero notoriamente tenemos otros problemas. ¿De verdad creemos que no tenemos un problema de gestión? ¿Se está diciendo que esta situación que nos toca vivir era fatal?

Además, como señaló el señor Senador Solari, tenemos un problema de coordinación interministerial. Ahora ya sé las fechas y resulta que el señor Ministro de Salud Pública estuvo al tanto de las investigaciones casi una semana después que el Director del Hospital y dos meses después que el señor Ministro del Interior. ¿Es verdad que el señor Ministro del Interior investigaba hace dos meses y que el Director del Hospital Maciel no sabía nada? ¿Se estaba tendiendo una trampa a los asesinos y la carnada eran los pacientes sin conocimiento de las autoridades del Ministerio de Salud Pública? Una indefensa carnada para un psicópata. Esto es propio de la novela policial "A sangre fría" de Truman Capote. ¡Es de locos! ¿Nos parece normal? ¿Nos parece que está bien que el Ministro de Salud Pública no tenga información de que se está investigando desde hace dos meses y que la carnada para el asesino son los pacientes? Me parece que es una locura. ¿Nos parece que es normal? ¿Lo podemos asumir así, con total banalidad?

Por otro lado, es verdad que estamos preparados para el manejo sistémico de asuntos no delictivos. Pero las gestiones, ¿no tienen capacidad de detectar indicios posteriores al hecho delictivo? No se trató de un solo hecho. Está bien que un hecho delictivo de tipo criminal como el que estamos hablando es imprevisible, pero no fue uno. Entonces, ¿las gestiones no tienen capacidad de detectar indicios posteriores? ¿No se podía en ningún caso haber diagnosticado la situación y no tendría que haberse evitado que se prolongara en el tiempo? ¿Qué se quiere decir? ¿Que si nadie hubiera denunciado esta situación era fatalmente perpetua y sine die? ¿Si nadie hubiera denunciado, estos tipos hubieran seguido matando toda la vida y nunca nadie hubiera averiguado nada? Avisémosle a los criminales que vayan a los hospitales porque afuera capaz que los agarran, pero adentro, ni locos.

¿Esta circunstancia era fatal? ¿Era inevitable? ¿Nada se podía hacer nunca más para evitar que la secuencia de muertes continuara? Si queremos podemos barrer para abajo de la alfombra todas las veces que queramos, pero la verdad es que hay una falla en la gestión de las dos instituciones, de la pública y de la privada. He escuchado que en la mutualista, con posterioridad a estos hechos, se ha impuesto licencia, traslado y rotación de prácticamente todo el personal del CTI neuroquirúrgico y se viene cubriendo el servicio con personal de los otros CTI, como la Unidad Cardiológica y el general. ¿Es verdad? ¿Se entiende que esto es saludable? Si se entiende saludable, ¿por qué se hizo ahora? Y, si no es saludable, ¿por qué permitimos felizmente que se haga?

¿Se sabe cómo se obtenía la morfina o las otras medicaciones utilizadas? Sí, sabemos. Se obtenían en los momentos de urgencia, etcétera. Pero, ¿hay un registro de la medicación o no lo hay? Alguien nos decía que no había un registro. ¿Se detectó un faltante? Si no se detectó un faltante, no se puede afirmar que los controles no fallaron. Los controles fallaron, sino ahora nos tendríamos que ir a fijar y constatar si falta o no la morfina. Si no falta, hay un problema en los controles y, si falta, también. Ergo, los controles fallaron.

Se nos dice que ahora es fácil con el diario del lunes, es verdad, pero siempre pasa que tenemos problemas en la práctica médica vinculados con cuestiones en las que tenemos que asumir responsabilidad.

¿Se auditan las historias clínicas de los CTI periódicamente? Hay que auditar las historias, pero sobre todo hay que auditar los resultados. ¿Se sabe cuántas muertes inopinadas ocurrieron en los servicios? ¿Se auditaron en particular esas historias? ¿Se indagaron las causas de esos decesos? Asumo que no se hacía como una práctica sistemática. En una época existieron los Comité de Mortalidad Hospitalaria, que creo que funcionaban en el Larghero y en el CASMU, que eran como una auditoría automática de las muertes inopinadas. En esos ámbitos se revisaban y discutían los fallecimientos hospitalarios, y se establecían las características de los fallecidos y las causas de la muerte. Eso es gestión. Esas son herramientas de gestión.

Hace un rato, alguien dijo que existen protocolos para la vida, pero no para la muerte. Sin embargo, la mortalidad hospitalaria es uno de los indicadores de calidad asistencial. ¡Cómo no tenemos eso! Es un instrumento para la planificación y para la gestión. Se trata de realizar análisis de causa raíz, de la falla, determinar las causas, buscar las razones últimas en las que se basan los errores y notificar los efectos centinela, ni siquiera es necesario notificar los adversos, pero hay que hacerlo. ¿Existían herramientas de gestión? Sí, existían. Asumamos que no las estábamos utilizando.

¿Cuál es el elemento principal de las autopsias y de las auditorías? La necropsia. Hay que pedir a la gente que firme la necropsia y, si no lo hace, hay que insistir.

En ese sentido, ¿cuál es la situación del Hospital Maciel? Tengo una duda. ¿Es verdad que donde se practicaban las necropsias en el Hospital Maciel hoy hay una oficina administrativa, que creo que se encarga del control de la empresa de limpieza? ¿Es verdad que para hacer la última necropsia de un paciente del Hospital Maciel, hubo que trasladar el cadáver al Hospital de Clínicas? En la auditoría de muertes inopinadas el elemento fundamental es la necropsia. Si es tan importante, ¿por qué pusimos una oficina administrativa? ¿Hay un responsable en el Hospital Maciel de esta determinación? ¿Quién es el responsable de esta determinación en el Hospital Maciel, si esto es verdad? Esto es una falla del sistema. Cómo que no.

Quiero que quede claro que yo no le asigno la falla al señor Ministro de Salud Pública. Quiero que todos colaboremos para que estas situaciones no se repitan y para que se tomen las medidas que sean necesarias. Hemos escuchado dichos de la nurse jefa de la Unidad de Cardiología del Hospital Maciel, licenciada Ana Claudia Roldán, que ya había solicitado en diciembre de 2010 que le sacaran al auxiliar de enfermería, señor Marcelo Pereira. O sea que la nurse jefa y el doctor Patritti no solo habían planteado el tema de la mortalidad, sino que plantearon que sacaran al enfermero por agresivo, violento y porque maltrataba a los familiares. Además, el doctor Patritti suponía que padecía alguna patología psiquiátrica, etcétera. Inclusive, el doctor Patritti llegó a decir que lo iba a denunciar a la Policía frente a la Dirección del Hospital, cosa que no hizo.

También tengo entendido que hace un tiempo hubo quienes defendieron al enfermero señor Marcelo Pereira. Por ejemplo, no se le pudo cambiar el horario por intervención de la Federación de Funcionarios de Salud Pública. Entre otras cosas, la adjunta a la Dirección del Hospital, nurse Ramona Recarte, destrató a la nurse jefa y le dijo que al señor Marcelo Pereira lo estaban persiguiendo. Es decir que acusó de persecución a quienes pedían el traslado del enfermero. Por supuesto, todo esto terminó con un pedido de licencia sin goce de sueldo por parte de la licenciada. ¿Todo esto pasó?

Creo que tendríamos que transformar esta tragedia en una oportunidad y creo que, para eso, debemos trabajar. Debemos transformar la crisis de credibilidad y de confiabilidad en una oportunidad. Lo peor que podemos hacer es barrer para abajo de la alfombra. Aprovechemos. Sigamos hablando descarnadamente de lo que está pasando en salud en este país y no nos hagamos autoelogios. Sigamos hablando descarnadamente de la situación en los hospitales públicos, que en algunos casos es calamitosa. Hace meses que estamos hablando de la situación en el Hospital de Oncología. En esta Comisión presenté fotos vergonzosas que demuestran la situación del Hospital de Oncología -nadie se quiere atender en esas circunstancias- y la semana pasada tuvimos aquí la presencia de una delegación del Hospital de Colonia, que está esperando que nosotros actuemos. Pero sin irnos del Hospital Maciel, ¿por qué tiene cantidad de camas cerradas? Por ejemplo, solo en terapia intensiva, tiene ocho camas cerradas. Estas cosas no son fatales, no pasaron siempre y no tendrían por qué pasar.

Cuando el doctor Gustavo Bogliaccini estaba al frente del Hospital Maciel -no se lo ratificó en la Dirección del Hospital en su momento y lo dejaron de Jefe de Emergencias, echándolo después en un gesto administrativo de gatillo fácil que fue desautorizado luego por el Tribunal de lo Contencioso Administrativo que constató que luego de veintidós años de servicio no tenía siquiera observaciones-, con muchos menos recursos, no teníamos estas noticias; no las teníamos.

Casi me animo a decir que lo que pasó no habría sido de esta magnitud si hubiera habido nurses en todos los turnos, pero creo que no las hay. ¡Ni qué hablar de las condiciones de trabajo! Aprovechemos; transformemos esta tragedia en una oportunidad.

¿De qué manera se evalúa la estabilidad emocional del personal que trabaja en las Unidades de Cuidado Intensivo, lo que se supone que está determinado por decreto? ¿Es así o no? ¿No se requiere una evaluación de la estabilidad emocional del personal que trabaja en los CTI? ¿Se evalúa? ¿Será necesario instrumentar servicios de psicología para el personal que, de tanta proximidad con la muerte, corre el riesgo de insensibilizarse? ¿Cuál es la forma de trabajo? ¿No será necesario que el personal rote, pero no lo digo como una medida sancionatoria o de reacción de emergencia ante una catástrofe? ¿El personal trabaja seis horas? No trabaja seis horas; trabaja doce horas, y corriendo de un lado para otro. Es una gran trampa entender que es un logro y un derecho adquirido la jornada de seis horas de trabajo.

Aprovechemos. Transformemos esta tragedia en una oportunidad. Defendamos el rol de las licenciadas y los licenciados. ¿Cuánto se paga a los enfermeros? Deberíamos apuntar a jornadas de ocho horas con un salario digno.

Aprovechemos. Transformemos esta tragedia en una oportunidad.

Hay pérdidas de recursos humanos de los CTI públicos y se tienen camas cerradas allí mientras se gastan millones de dólares en CTI externos. ¿Nadie es responsable de ello? El CTI del Hospital Maciel tiene camas cerradas. ¿Nadie es responsable de ello? ¿Nadie puede cambiarlo?

VARIOS SEÑORES LEGISLADORES.- ¡Muy bien!

SEÑOR PARDIÑAS.- Simplemente, quiero preguntar si hay documentación referida a lo que el señor Diputado Radío afirmó con tanta severidad en lo que tiene que ver con las relaciones del enfermero y los subjerarcas y jerarcas o si simplemente está utilizando versiones de prensa. Me importa saber ese aspecto.

SEÑOR RADÍO.- En algunos casos, surge del expediente judicial.

SEÑOR MOREIRA.- Hace ya cinco horas que estamos aquí, en un intercambio de opiniones muy fructífero y, naturalmente, con momentos de confrontación.

Advierto que el señor Ministro ha venido acompañado de un importante núcleo de técnicos, además de responsables políticos de su Ministerio, pero, sinceramente, esperaba que lo acompañara el Directorio de ASSE. Me parecía que eso habría sido de orden porque es un tema en el cual está en juego lo actuado en una unidad hospitalaria del sistema público y algunas de las preguntas más cruciales que se han expuesto aquí, por supuesto que fueron dirigidas al Ministro, que es el que tiene la superintendencia sobre el servicio descentralizado ASSE, pero habría sido bueno, sobre todo por la secuencia cronológica de algunos de los hechos que se han controvertido, que se hubieran planteado al Directorio de ASSE y quizás también al Director del Hospital Maciel. Por supuesto que no podemos convocar a estas Comisiones a los prestadores privados; nosotros tenemos que llamar a los responsables políticos.

Estamos ante un hecho que nos ha conmovido a todos. Sinceramente -como decía el señor Diputado Radío-, creo que el señor Ministro dijo una frase que no fue buena cuando expresó que había gente a la que le servía la muerte. Por suerte, después se rectificó, pero arrancó mal; no me pareció oportuno. Aquí, yo no adjudico a nadie querer politizar un tema que es de enorme sentido humano que ha causado una profunda consternación -como dijo el señor Ministro que le causó- y un gran repudio. Pero, fundamentalmente -esto se ha reiterado-, se trata de un tema de responsabilidad.

Creo que en la historia del sistema de salud del Uruguay no hay antecedentes de hechos de estas características. Como decía el señor Subsecretario, estamos acostumbrados a lidiar con el error, con la mala praxis, pero no con las acciones criminales. Por supuesto que, cualitativamente, no es lo mismo el error o la mala praxis que la acción de dos psicópatas criminales, enfermos que hacen estas cosas y cometen quince homicidios, que pueden ser cincuenta o ciento cincuenta; no lo sabemos porque, en realidad, los procesos de investigación policial y judicial han comenzado hace poco y las resultancias finales no las tenemos todavía. Estamos ante hechos de una gravedad inusitada que no reconocen antecedentes en el Uruguay. Por eso, naturalmente, no es un caso común en el que se pueda arribar a conclusiones rápidamente.

No obstante, observo incongruencias; a mi juicio, hay acciones que debieron haberse hecho y no se hicieron, que ya se han dicho aquí. La nurse jefa de la Unidad de Cuidados Intermedios Cardiológica del Hospital Maciel ya había denunciado situaciones irregulares -seguramente no había denunciado homicidios- ante el Director del Hospital. No sé si esa denuncia fue elevada al Directorio de ASSE o no; por eso, me hubiera gustado hacer esa pregunta -estoy preguntando- al Directorio de ASSE. ¿Esa denuncia se hizo o murió ahí nomás? Escuché atentamente cuando el señor Senador Solari preguntó al señor Ministro si esto pudo haberse evitado desde el Ministerio de Salud Pública. El señor Ministro contestó, literalmente: "No. No pudo haberse evitado, salvo que los homicidas hubieran estado detenidos por la Policía o por orden de la Justicia". Yo creo que pudo haberse impedido si esta gente de conducta irregular que había sido denunciada por

comportamientos que no eran adecuados en un lugar muy sensible hubieran sido simplemente relevados de su cargo; no detenidos, sino relevados.

Una vez promovida una denuncia policial ante la Dirección General de Lucha contra el Crimen Organizado e Interpol -dependencia sumamente especializada del Ministerio del Interior-, es de presumir que el señor Ministro del Interior tenía cabal conocimiento de esta denuncia, porque son hechos gravísimos -no es un arrebato en un semáforo, no es una rapiña común, sino una sucesión de homicidios que ocurren en lugares de asistencia intermedia-, por lo que me resulta absolutamente inimaginable e inaceptable -supongo que el señor Ministro coincidirá conmigo- que en las reuniones semanales del Consejo de Ministros o en un lugar reservado el titular de la Cartera del Interior que está investigando hechos de esta gravedad no los haya puesto en conocimiento del señor Ministro de Salud Pública. Sinceramente, no lo puedo entender y, desde ya, adelanto que voy a convocar al Ministro Bonomi a la Comisión de Constitución y Legislación para que nos explique por qué no lo hizo. Porque desde la radicación de la denuncia en la Unidad de Crimen Organizado pasaron prácticamente tres meses hasta que le comunican al Director del Hospital Maciel que está llevándose a cabo una investigación. Tampoco puedo entender cómo el Director Gabús se lo comunica al otro día al Directorio de ASSE y este no se lo comunica al señor Ministro hasta el sábado -de un miércoles a un sábado-, ¡con hechos de esa gravedad! Claro, a esa altura ya no iba a haber más homicidios porque el último había sucedido el día once. Pero desde diciembre hasta marzo han pasado tres meses. Entonces, ¿la Comisión no pudo precaverse por lo menos del último homicidio, de la señora Santa Lemos, y quizás de algún otro? Porque no tenemos la seguridad de que no haya habido otros homicidios, porque del propio fallo y de las declaraciones del señor Ministro del Interior se desprende que no sabemos ante qué cantidad de homicidios estamos.

Entonces, acá se trataba y se trata, fundamentalmente, de investigar y de determinar las responsabilidades del caso, las responsabilidades criminales y las eventuales responsabilidades funcionales. Está bien que las actuaciones y las investigaciones se deben hacer en reserva, pero lo que no se puede poner en juego -como decía el señor Diputado Radío- es el hecho de esperar que maten a otro para entonces sí ponerlo en conocimiento; es decir, esperar que la prueba que incrimina al psicópata del Hospital Maciel sea la muerte de una inocente paciente que había sido dada de alta.

Pregunto: ¿acá no hay responsabilidad de alguien? ¿Esta vida no se pudo haber salvado? Capaz que fue alguna otra más, porque las estadísticas recogen muertes. Leí en los certificados de defunción el informe de la Cátedra de Medicina Legal, que dice que los errores irreparables en la asignación de la causa aun sin auditoría alcanzaron al 28.73% de los certificados y en 53% hubo errores pasibles. ¡Yo qué sé! La verdad es que estamos en un tembladeral. Veo con satisfacción que se están tomando medidas hacia el futuro. Pero, todo este proceso temporal en la órbita del propio Ministerio y del propio Hospital Maciel, ¿fue correcto? ¿Se siguió el camino correcto para evitar que estos hechos delictivos se sucedieran? ¿Sabemos acaso que este número altísimo de muertes que hubo en diciembre no estuvieron teñidas de la acción de este criminal? No lo sabemos. Hoy estamos en el terreno de las grandes dudas.

Yo no soy médico, soy abogado. Los que han hablado acá son todos médicos. Yo no conozco los protocolos de actuación, pero, aplicando el sentido común, me parece que las previsiones que deben tomarse para evitar este tipo de cosas no se tomaron. Además, no entiendo cómo hay una cadena jerárquica que se corta, donde las cosas demoran; las cosas llegan hasta un punto, pero no hasta el responsable último, que es el señor Ministro de Salud Pública. Se corta en el medio. En definitiva creo que fue la nurse quien en definitiva hizo la denuncia policial. Es increíble que una nurse recorra el camino funcional jerárquico, y como se omite prestar atención a su denuncia, termina siendo "buchona" -como dijeron hoy-, pero no es así. ¡No! ¡Buchona, no! Defensora de la vida humana, que tiene que recurrir a la policía nacional cuando las medidas administrativas debieron conducirse a través de la cadena natural funcional jerárquica del Ministerio de Salud Pública. Esa es la dificultad. Acá veo un problema. Creo que esta investigación administrativa que se ha dispuesto, tanto en el Hospital Maciel como en la Asociación Española, tiene que hacerse rascando hasta el hueso, investigando cómo pasaron las cosas, investigando la secuencia temporal, cuándo se hicieron las denuncias, qué elementos se aportaron. Por ejemplo, luego de conocer este número de víctimas que tomó estado público hoy, deberíamos saber la cronología de los hechos, es decir, cuándo los mataron, en qué tiempo, cuánto influyó esa secuencia criminal en esta estadística que se maneja aquí, discutiendo si fue 3.1 o 2.6, en un lugar o en otro.

Nosotros tenemos que saber la secuencia cronológica porque creemos que hay que devolver a la población la confianza que ha perdido en el sistema de salud uruguayo, en el sistema público y en el mutual, máxime cuando tenemos un Sistema Nacional Integrado de Salud en el que el papel rector y tutelar del Ministerio de Salud Pública es fundamental. No estamos en un sistema en el que exista libertad para las entidades mutuales. Hay una supervisión mucho más intensa desde que tenemos el Sistema Nacional Integrado de Salud que la que teníamos antes.

Me parece que acá tenemos que examinar las responsabilidades. No vamos a cejar en ese examen, y no lo hacemos con ningún criterio político menor; lo hacemos con el criterio que tiene por defensa el valor esencial del ser humano, que es el valor de la vida.

Ayer, en la Asamblea General escuchamos al señor Presidente hablar sobre los derechos humanos, sobre la protección y la violación de los derechos humanos. ¡Acá sí que hay violación de los derechos humanos, del más importante de los derechos humanos, que es el derecho a la vida! Estamos hablando del derecho a la vida de personas ancianas y, además, de baja condición social.

La verdad es que esto me resulta desgarrante y preocupante. Reitero que hay que rascar hasta el hueso y no decir que es imposible porque como estas cosas nunca sucedieron no las podemos prever, precaver, ni sancionar. Tenemos que prever, precaver y sancionar. Creo que aquí debe haber sanciones -no sé cuáles- y las investigaciones tienen que realizarse con enorme profundidad. Se lo digo con entera convicción y, reitero, sin tratar de sacar rédito político alguno. Creo que acá está en juego la credibilidad del sistema de salud de nuestro país, y por eso tenemos que pelear todos, especialmente el señor Ministro, que es el responsable último.

Ojalá alcancemos acuerdos, pero este tema no termina acá; comienza acá o comenzó hace una semana. Quiero saber por qué el Ministro del Interior no comunicó al señor Ministro de Salud Pública que estas cosas estaban pasando, porque por lo menos la última muerte del 11 de marzo se pudo haber evitado; y quizás otras que no sabemos si son fruto de acciones criminales o simplemente fruto de la enfermedad.

Creo que esto comienza, pero continúa, que acá las responsabilidades no solo atañen al Ministerio de Salud Pública, sino también a la Cartera del Interior, que tendrá que explicar por qué se mantuvo esa reserva y por qué el señor Ministro se entera de esto en el aeropuerto de San Pablo, el día 17, a las nueve de la noche. El señor Ministro debió haberse enterado inmediatamente después de radicada la denuncia ante la Unidad de Crimen Organizado. Creo que de esa forma se hubieran evitado cosas terribles -quizás no todas- que pasaron.

SEÑOR GAMOU.- Brevemente, quiero decir que considero importante establecer, porque acá hay un gran drama nacional, que todos los días en nuestro Uruguay se producen cientos de miles de interacciones médicas que tiene un resultado muy positivo, en las que tanto los médicos, los enfermeros y el personal de la salud ayudan a cuidar la salud de todos los uruguayos. En primer lugar, como uruguayo, mi solidaridad y mi confianza hacia todo el personal de la salud de este país. Y lo hago extensivo, sin eufemismos, tanto al personal del Hospital Maciel, como al de La Española, que también se la juega, porque tiene la vocación de ayudar en la asistencia a la salud de todo el mundo.

En segundo lugar, aquí estamos hablando de la interacción. ¿Qué es la interacción? Es el ajuste recíproco de comportamientos en base a una cultura y a una racionalidad. No es el ajuste recíproco en base a asesinos o a gente que está absolutamente en otra. Legisladores: es imposible tener un sistema que pueda controlar a gente que está fuera de la racionalidad; es imposible. Yo pensaba, por ejemplo, si voy a un almacén, ¿quién me asegura que mañana no vaya un asesino loco y se le ocurra inyectar malatión en las botellas de vino o en un pan? ¿Quién me lo asegura? ¿Quién me asegura que a alguien no se le ocurra meter algún veneno hoy en una escuela y mañana en otra? ¿Quién me lo asegura? Recuerdo que yo era bien gurí cuando el finado mi padre me contaba que había algún problema con los preservativos de FUNSA, porque a algunos se les ocurría pincharlos, y por eso hubo muchos embarazos no deseados. No hay nada que nos asegure el control total. No estamos en la era del "Gran Hermano" ni de "1984". Si queremos ponernos pesados podemos decir que tenemos una enorme campaña -que felicito- que apunta a que los conductores no beban ni fumen marihuana. ¿Pero qué pasa si mañana tenemos una seguidilla de accidentes y resulta que hay muchos conductores que están bajo los efectos del roinol? ¿Es culpa de los farmacéuticos? ¿Es culpa del Ministerio de Salud Pública? Me parece que en Uruguay estamos muy para meter culpas; me parece que tenemos que aprender que los controles son para las personas normales y no para la gente que realmente es asesina. Alguna vez hablamos

con el INAU, no ahora, sino hace quince años, sobre los pegamentos y la pasta base, cuando recién empezaba el problema. Y sus autoridades nos dijeron clarísimamente: "¿Y si mañana empiezan a esnifar nafta?". Es exactamente lo mismo. ¿Vamos a responsabilizar a ANCAP porque se vende nafta a los niños, sin control? Me parece que debemos tener cuidado cuando permanentemente buscamos responsables.

En tercer lugar, en cuanto a las estadísticas, le doy la derecha y la izquierda al Ministro, que lo ha estudiado. ¡Ah, uno con estadísticas hace cualquier cosa! Es más, ese tal Berlitz, en una regresión lineal que tiró no sé a dónde, encontró una coincidencia entre los escalones del Palacio Legislativo y los viajes de los marcianos a la Tierra. Entonces, tengamos cuidado con eso. La estadística es una ciencia que ayuda, pero también hay cuestiones que son interpretables.

Reitero la defensa a ultranza del personal de la salud de este país, gente que cuando decide estudiar, desarrolla su vocación de ayudar a la asistencia de la salud. Estoy hablando de médicos, enfermeros y demás funcionarios.

Por último, quiero decir, aunque sé que va a ser un poco polémico, que me parece que no se puede hacer un show mediático de una tragedia como esta, al igual que a mí no se me hubiera ocurrido hacerlo hace muchos años, cuando murieron algunas personas en un accidente de tránsito. Digo esto porque me llamó la atención que yo vine acá con toda la buena voluntad a escuchar las explicaciones que iban a dar el Ministro y todo su equipo, y hace dos horas, cuando el Ministro ni siquiera había respondido la tercera pregunta formulada por el señor Senador Solari, una persona que está acá, que ha interrumpido mucho, salió en los canales de televisión diciendo que las explicaciones no eran satisfactorias, cuando todavía el Ministro no había tenido tiempo de terminar de responder. Entonces, venir a una instancia -que queremos llamar constructiva- con un discurso armado y decir que no satisfacen las respuestas, es tanto como decir que uno viene con las respuestas preparadas a algo que el Ministro no dijo.

Por eso digo que debemos tener cuidado. Estamos jugando con el sistema de salud de toda la población; estamos jugando con algo muy caro para todos los uruguayos, y lo que ninguno quiere es que haya una persecución, una persecuta, una desconfianza. No estamos jugando con bobadas. Esto es lo mismo que cuando se nos pidió responsabilidad política y nacional en instancias muy duras para el país. Debemos ser muy certeros y seguir todo lo que sea posible.

Podemos hacer todos los controles que usted quiera, señora Presidenta, podemos meter un milico en cada CTI, en cada habitación de hotel, pero si hay un asesino que aplica las veinticuatro horas del día para ir en contra de la normalidad, no importa el control que hagamos. Ni siquiera en el libro de Orwell, " 1984", lo lograron.

SEÑOR CHIESA.- Se ha dicho que hemos salido a hacer declaraciones a la prensa, pero los primeros que lo hicieron fueron los integrantes del equipo del señor Ministro, quienes dijeron que los legisladores estábamos faltando el respeto al señor Ministro. Ellos fueron los primeros que salieron de esta Sala a hacer declaraciones; quiero dejar constancia de ello.

SEÑOR VEGA LLANES.- A esta altura de las circunstancias me parece que vale la pena hacer alguna aclaración, para después ingresar en el centro del asunto.

Esta reunión empezó siendo muy nutrida y se viene desnutriendo. Inclusive, algunos que dieron algunos gritos tribuneros en algunos lugares se fueron. Parece que después de que hicieron declaraciones para la televisión, después de que dijeron algunas cosas, la defensa de la vida está bien, pero se van a tomar mate con la vieja; no se van a quedar acá aguantando a estos pesados. Y se van. Una de las peores cosas que existe como característica humana es empujar a los demás a la lucha y después irse, dejarlos solos: "Arreglate como puedas". Cuando uno empieza una pelea tiene que terminarla. Si la cosa es embromada, se aguanta hasta el final aunque le llenen la cara de dedos. Pero no fue así: hablaron y se fueron; no están más. De manera que la defensa de la vida es a horario; capaz que habían cumplido las ocho horas y yo no sabía.

Por otra parte, quiero decir que rechazo profundamente las expresiones del señor Diputado Radío. Me llamó la atención lo que dijo, porque lo conozco desde hace mucho tiempo, de cuando era un humilde trabajador de la salud. Rechazo la referencia que hizo a "carnada". Podemos llegar a cambiar la Constitución, pero hasta ahora en este país nadie puede ser detenido sin semiplena prueba y mucho menos echado del trabajo, salvo

que lo agarren con las manos en la masa. ¿Cómo hacemos para condenar a alguien sobre cuya situación el mismo Juez Vomero dijo "No, no tenemos elementos todavía", cuando le mostraron lo que tenían? Y lo echamos, porque sí, porque no nos gusta la cara de Pereira, o de Ferreira, como se llame. Así que ahora, en estas circunstancias, hay que violar las normas constitucionales y las garantías personales.

Hace bastante más años de los que me gustaría recordar que trabajo en la salud. Todos los días se sacan por lo menos diez personas de un sector y se mandan para otro, en cada hospital y centro de salud, por las más diversas razones. Saber quién es un asesino serial y quién va a molestar es muy difícil.

Además, los empleados públicos en este país tienen una serie de garantías especiales, y quizás se pueda aprovechar esta oportunidad para ponernos de acuerdo para eliminar algunas cuestiones, porque la inamovilidad de los empleados públicos se ha transformado en un "perdona tutti" y algunos ni siquiera tienen que cumplir el engorroso trámite de ir a laburar para que le paguen a fin de mes. El Senado de la República, que es el que vota las destituciones, salvo en el Período anterior, nunca se había reunido para votar venias de destitución por gente que no iba a trabajar.

Por lo tanto, ahora es bárbaro decir eso. En realidad, todo esto me convendría, porque en vez de estar en esta Comisión podrían ir a la Comisión de Legislación del Trabajo y habría filas de trabajadores para plantear que los habían sacado de donde estaban, porque a alguien se le ocurrió que quizás fuera un asesino serial.

Claro, yo con el resultado del partido hago el mejor cuadro, pero el problema es que nunca imaginamos esto. Yo pregunto -y me gustaría una respuesta honesta- quién el viernes a las ocho de la mañana, si le preguntaban si había asesinos seriales matando gente hubiera respondido "Sí, es posible". Todos habríamos dicho: "No, imposible; usted está loco". Todos los que trabajamos en salud -todos- tenemos formación para detectar errores -tal vez menos los nuestros que los de los demás-, pero no para descubrir asesinos seriales. Hay un canal que da un montón de series; capaz que hay que verlas para saber distinguir a un asesino serial de un enfermero que está requemado porque trabaja doce horas, y a veces dieciocho, porque también los hay.

¡Pero ahora con este caso descubrimos que las condiciones de trabajo en este país son embromadas! Pero no empezaron en 2005; vienen de hace años, cuando la gente trabajaba diez y doce horas. Sin embargo, ahora descubrimos que las condiciones de trabajo no son las correctas y que estamos sujetos a errores porque, entre otras cosas, tenemos un horario de trabajo que es una locura.

Realmente, me congratulo de algunas cosas que planteó el señor Senador Solari, porque me parece que son proactivas, más allá de que discrepo con mucho de lo que dijo, pero uno no puede pedir a nadie que tenga la bola de cristal y sepa quién es un asesino en serie. Yo nunca ví ni de cerca un asesino serial; no tengo ni idea de cómo se comporta. Además, ¿lo sacamos del Maciel y dejamos que siga matando en la Española? ¿Esa es la idea? Bueno, si son los de La Española, no importa; que no mate en el Maciel. Me parece que se están diciendo cosas sin tener un panorama ajustado de cómo viene esto.

Además, me quiero referir a algo que a mi entender es lo más duro, sobre todo porque lo dijeron médicos. El único lugar que yo conozco -capaz que hay otros- donde un hombre puede decir a una mujer, o al revés, "¡Sáquese la ropa!", sin recibir un sopapo es un consultorio. Ese es el grado de confianza que se maneja, y cuando uno está internado -no ya en un CTI, sino en cualquier parte- te dicen cuándo tenés que comer, qué tenés que comer, cuándo te bañás, si te podés levantar, si podés orinar en la cama o te podés levantar al baño, es decir, deciden toda tu vida. Creo que la confianza es un acto que ejercemos permanentemente sin darnos cuenta desde que cruzamos una cebra y rogamos que el señor que viene a toda máquina pare, hasta cuando nos subimos a un avión para hacer un viaje -deporte al que son muy aficionados los parlamentarios- y rogamos para que el piloto no termine tirando el avión. La vida está llena y plagada de actos de confianza; ir a un servicio de asistencia, no ya especializado, sino a cualquier servicio de asistencia, es un acto de confianza, que implica que vos ponés tu cuerpo, que es lo más preciado que tenés, en manos de otro que va a resolver por vos, y eso pasa en cualquier servicio, desde la más humilde policlínica hasta el CTI más encumbrado.

Destruir la confianza -por eso me duele que sean médicos quienes planteen este tipo de cosas- es hacer un flaquísimo favor al sistema de salud de este país. Salir a decir, como escuché, que esto es un caos es hacer politiquería de la peor especie, porque se está usando lo que pasó para decir este tipo de cosas. Sin embargo, entendámonos: si en el marco de otra discusión se plantea que el Ministerio de Salud Pública y ASSE son un

caos, capaz que hasta nos ponemos de acuerdo; lo que no acepto es que en medio de esta discusión se termine diciendo este tipo de cosas.

Tengo enormes críticas sobre cómo se ha manejado la salud en este país, y la Asociación Española no es de las instituciones que más quiero, entre otras cosas, porque viví un conflicto con Magurno, etcétera, y sé cómo funciona, porque no empezó a prohibir a los trabajadores ahora que hablen con la prensa. Eso pasó toda la vida: al que habla lo rajan, de una, y por cosas bastante menores que este temón que tienen ahora. Los médicos allí trabajan en una pecera, de noche, donde no se pueden acostar, sentar, parar ni nada; tienen que estar ahí a la vista de todo el mundo. Así que la represión de los trabajadores de La Española no es nueva, y sin embargo, tengo que salir a decir -mirá vos las vueltas de la vida-, más allá de esto, La Española es una institución confiable, que tuvo la desgracia de haber empleado a dos asesinos seriales, porque entre otras cosas si en este país se hicieran análisis psicológicos para entrar a cualquier lado, incluida la Cámara de Representantes, por ahí bajaría el número de todos. Pero, por otra parte, ¿quién lo va a hacer? ¿Quién saca un carné que diga: "Yo soy sano" y te termina analizando? Los médicos, los que hacemos Facultad de Medicina, ¿quién nos dice que no somos unos enfermos, sexuales o vaya uno a saber qué? Nadie, porque jamás nadie evaluó ese tipo de cosas, y uno ha visto de todo, en este país y en otros lados. Asesinos seriales no teníamos; ahora los tenemos, además.

Ahora se plantean recetas mágicas; ¡hagan las evaluaciones psicológicas para saber si alguien está apto para trabajar en un CTI o no! Pero, ¿cómo lo hacemos? Yo pondría a quienes lo sugieren de responsables para hacer ese tipo de evaluación, para ver cuál es la solución que encuentran a este tipo de problemas.

SEÑOR SOLARI.- ¿Me concede una interrupción?

SEÑOR VEGA LLANES.- No es lo que acostumbro, pero en atención a algunas cosas, se la voy a conceder.

SEÑOR SOLARI.- Muchas gracias, señor Diputado.

Quiero hacer dos precisiones. En primer lugar, el ex médico forense Guido Berro hizo declaraciones vinculadas con una investigación de lo que muy probablemente fueran muertes seriadas causadas por un médico en una institución del país, de manera que no estamos ante una situación tan inédita. Ese médico fue hallado por la Justicia no culpable por falta de pruebas y en este momento está radicado fuera del país.

En segundo término, en cuanto a la recomendación de filtrar al personal que va a trabajar en las unidades de cuidados intensivos e intermedios, está hecha por el servicio nacional de salud inglés para ser aplicado en todo el Reino Unido y aparentemente ha dado muy buenos resultados. Antes de descartar esta recomendación habría que averiguar con organizaciones que tienen un poco más de experiencia que nosotros para saber cómo se implementa. De esa manera, aprendiendo de otros y adaptando la experiencia a nuestra cultura, quizás podamos asegurar a la población que este error no se volverá a cometer.

Muchas gracias, señor Diputado.

SEÑOR VEGA LLANES.- Le concedí la interrupción porque tuvimos un amigo en común, al cual los dos quisimos mucho.

No es que esté en desacuerdo con hacer eso, pero digo que va contra la cultura nacional, primero porque no sabemos si es confiable pero, además, porque después van a venir a decir que se evita el ingreso al trabajo, que es uno de los derechos que está en la Constitución. En realidad, me gustaría copiar algunas otras cosas al sistema inglés, no solo esta, pero no es que esté en desacuerdo. Lo que digo es que capaz que hay que empezar, pero es un camino que no va a ser mágico ni se va a resolver de un día para el otro.

Lo central de lo que yo quería expresar es que tenemos una dificultad que seguimos trabajando en el sistema de salud, que es la confianza, porque la gente ya viene con las manitos adelante, frenando, para ver cómo es esto. Tenemos una crisis de confianza, un divorcio entre la medicina -y cuando hablo de medicina no me refiero solo a los médicos- y los usuarios, y deberemos encontrar formas de saldar que no hemos descubierto aún. El médico, el enfermero o el administrativo no sabe si esa persona que está atendiendo hoy, con quien se

saluda, se da besos y abrazos, mañana no será quien le hará una denuncia penal o civil por sus acciones, y entonces también está en una circunstancia en la cual se cuida la espalda. Lo que ha generado esto es la medicina defensiva, pero estamos en la ecuación defensa- defensa: yo me defiendo y vos te defendés; todos nos defendemos. Lo que hace este tipo de cosas es reforzar esos mecanismos.

Tuve una conversación con mis compañeros de trabajo de Florida, y les dije: "Sean prudentes en todo lo que hagan, porque al primero que se muera va a haber un lío bárbaro acá". Y ese es un hecho que no ha pasado, pero que puede ocurrir. Me parece que estas cosas que uno ha ido escuchando estos días en la prensa, los trascendidos, etcétera, lo único que hacen es terminar horadando el sistema de salud. Y la realidad es que gobierne el Frente Amplio, el Partido Independiente, el Partido Colorado o el Partido Nacional, todos nos vamos a seguir atendiendo en un servicio de salud, con el brujo de la tribu, con un curandero o capaz que alguno se puede financiar alguna cuestión en Estados Unidos, donde hay 45 casos de asesinos seriales. No les pasó una vez sino 45 veces en el tiempo que han analizado, o sea que tampoco es muy seguro. A Suiza no vayan, porque ya hubo un caso, y en Irlanda también. No sé en qué país podremos sentirnos seguros de que no vamos a encontrar un asesino serial entre los enfermeros, así que tampoco es seguro irse de acá. En los trabajadores de la salud se está generando algo que si estuviéramos en un boliche entre amigos lo diría de otra manera, pero como estamos acá, queda en la versión taquigráfica y no hay necesidad de que después hablemos de otra cosa que no sea lo central, voy a mencionar de esta forma: la industria del trabajador de la salud elude responsabilidades. La elusión de responsabilidades pasa por el enfermo que tenés, se lo tratás de encajar a alguno, y si la cosa viene medio complicada no le hagas nada y esperá a ver qué pasa. Eso ha generado un enorme problema que, además, encarece enormemente la atención de la salud en el Uruguay.

Esto no lo digo como Diputado de Florida ni del Frente Amplio. Lo digo como trabajador de la salud, porque tengo la enorme oportunidad de ser la voz de la gran mayoría de trabajadores de este país que estamos profundamente dolidos con esto que pasó y con las reacciones que hemos visto desde el sistema político, porque todos estamos de acuerdo en que hay que hacer cambios. Por algo se hace la reforma de la salud, pero esto no tiene una solución fácil. Decir que la salud es un caos, etcétera, etcétera, no contribuye; no tenemos ninguna duda de que es así. La formación médica y la formación sanitaria lo que hacen es que uno sepa que hay muchas cosas que se pueden hacer, pero aprovecharse de los enfermos desvalidos es la peor y la más aberrante de las conductas que uno puede tener. No solo matándolo uno se aprovecha de la minusvalía que tiene ese enfermo. Aprovechar la circunstancia para sacar rédito es también usar a los enfermos para subir un escalón.

Yo lamento profundamente algunas cosas, pero es el sistema que tenemos. Es el sistema político que tenemos y el país verá en el futuro cómo sigue adelante, pero así como hay problemas con otras vocaciones vamos a tener problemas de vocaciones de trabajadores de la salud, porque estas reacciones generan: "Hago cualquier otra cosa, menos esto".

Gracias, señora Presidenta.

SEÑOR RADÍO.- Fui aludido con nombre y apellido.

En primer lugar, quiero decir que, efectivamente, con el señor Diputado Vega Llanes nos conocemos desde hace mucho tiempo, cuando ninguno de los dos era legislador. Los dos sabemos que peleamos por cambiar las condiciones laborales desde hace mucho tiempo, y no descubrimos ahora que tenemos problemas con las condiciones laborales del personal de salud. Lo descubrimos hace mucho tiempo, y desde hace mucho tiempo peleamos por esto. Pero cuando cambia el Gobierno, a mí no me cambia esa pelea; yo sigo peleando. No sé si eso vale para todo el mundo, pero me parece que eso hay que seguir manteniéndolo.

En segundo término, quiero decir que algunos números son concluyentes. Me preocupé por decirlo expresamente: yo no le asigno la falla al señor Ministro de Salud Pública. Lo dije expresamente y lo reitero ahora. La guardia del Hospital Maciel se enteró de los acontecimientos el día 12 de marzo; la Presidenta de ASSE, el día 13 de marzo; el señor Ministro de Salud Pública, el día 17 de marzo, pero teníamos investigaciones desde hacía dos meses. ¿Qué se investigaba? Cómo un funcionario del Hospital Maciel y de ASSE mataba pacientes, usuarios del Hospital Maciel y de ASSE, en un centro de salud del Hospital Maciel y de ASSE. El Ministerio del Interior investigaba en un hospital de nuestro país y no se enteró el Director del Hospital, no se enteraron la Dirección de ASSE ni el señor Ministro de Salud Pública.

Reitero: dijimos expresamente que no le asignamos la falla al señor Ministro de Salud Pública y queremos colaborar con él para que estas cosas no vuelvan a pasar. Obviamente, me parece que hay alguna gente, mucho más cercana al señor Ministro que yo, que no está queriendo colaborar con él.

Gracias, señora Presidenta.

SEÑOR BAYARDI.- Quiero agregar algo. En realidad, hoy cuando hablé de la humildad hice referencia a algo que había dicho el señor Subsecretario, que era la constatación de que por primera vez nos estaba pasando esto. Hice esta referencia no porque sea una persona humilde ni porque le tenga que preguntar a nadie respecto a la humildad sino porque con honestidad intelectual tengo que decir que ninguno de los que hubiéramos tenido responsabilidad de gestión en esto podríamos haber asegurado que no nos hubiera pasado antes. Esto es lo que dije. Por lo tanto, había que relativizar, por múltiples motivos. En primer lugar, quien viene de una especialidad en unidades cerradas se podrá entreverar en discusiones con los compañeros de trabajo, sean estos médicos, "nurses" o auxiliares de enfermería, pero jamás está pensando que al lado tiene un asesino. Adviértase que pasamos por la Facultad, hacemos medicina legal, y ni por un segundo pensamos que tendremos que pesquisar a un asesino dentro del equipo de salud. Además, hasta hace muy poco no llevábamos adelante mecanismos de seguridad del paciente. De hecho, su instalación es muy reciente, por lo cual este tipo de situaciones no se podía determinar.

Aquí se invocó la responsabilidad del señor Ministro. Personalmente, soy legislador hace veintitrés años y puedo sentirme bastante libre porque nunca he invocado la renuncia de nadie, ni siquiera la del Ministro y la del Subsecretario del Interior, cuando -no estoy hablando de pérdidas de vida de presos en un accidente, como sucedió en Cárcel de Rocha- en un corto período fueron asesinados cinco presos dentro del penal. Ni quien habla, ni mi bancada, salimos a pedir la cabeza de aquel señor Ministro del Interior. Uno debe evaluar los hechos después de tener toda la información sobre la mesa para poder sacar conclusiones en el sentido de dónde recaen las responsabilidades.

En esa etapa estábamos hoy, cuando empezamos esta reunión, y es absolutamente cierto que antes de que el señor Ministro terminara de contestar la segunda o la tercera pregunta ya se estaban haciendo consideraciones que deberían haber tenido que ver con el resultado de esta comparecencia. Por lo tanto, es muy difícil abstraerse de que con esta situación no se estuviera persiguiendo una suerte de intencionalidad política. Esta reunión comenzó con señores legisladores -que ahora no están presentes en Sala, pero figura en la versión taquigráfica- que dijeron que faltó un importante grado de humanidad en el tratamiento del tema. Parece que la humanidad solo está de un lado del espectro político. Entonces, creo que todos deberíamos llamarnos a reflexión, en la medida en que en esta comparecencia se nos brinda toda la información que se tiene que proporcionar. De allí deberíamos tratar de sacar alguna conclusión.

De entrada se vertieron expresiones que no quisiera eludir, y luego habrá que analizarlas. El señor Senador Moreira dijo que iba a convocar al Ministro del Interior a la Comisión de Constitución y Legislación; en fin, se dijeron muchas cosas. Se dijo que el Ministro del Interior no informó sobre esto al Ministro ni al Subsecretario de Salud Pública. Quiero decir con el mayor nivel de honestidad intelectual que si yo hubiera sido Ministro del Interior y hubiese estado en curso una operación de inteligencia, no sé si hubiera informado a ese respecto. Aparentemente, lo que acá hubo fue una denuncia y, según tengo entendido, la denunciante también fue investigada en esferas del Ministerio del Interior. El señor Diputado Vega Llanes hizo referencia a que, cuando trabajamos en servicios asistenciales, las protestas por sacar gente de unidades cerradas es cotidiana. Entonces, a la nurse jefe le dicen un día sí y otro también: "Fulano de Tal es insoportable y hay que sacarlo". Esto lo vimos nosotros. Por lo tanto, si existía una denuncia en el sentido de que había que sacar a un asesino, había que probarlo. Y si hubo una operación de inteligencia, la gente que trabaja en esa área es celosa y siempre trata de que no se difundan las operaciones que se están llevando adelante.

Además, aunque no lo tengo confirmado, es probable -seguramente esto surja de la investigación administrativa del Ministerio y de la de ASSE- que la persona sobre la cual recaía la sospecha de que podría haber hecho algo estaba de licencia entre el 2 de enero y el 15 de febrero. Entonces, la eventualidad de que hubiese pasado algo en ese período podría estar relativizada.

Si desde Inteligencia se dice al Director de un hospital que la situación es reservada y que no se puede decir nada, no sé qué se habrá acordado con relación a que se le informe o no a las autoridades de ASSE de las

cuales depende jerárquicamente. Pero ASSE hoy está separada del Ministerio de Salud Pública. Deberíamos entender eso. Las relaciones jerárquicas del pasado no son las mismas que existen ahora, independientemente de si ese cono de silencio también debía afectar a las jerarquías de la Dirección. En definitiva, no sé si habrá sido por extensión o porque así le fue trasmitido, en la medida en que estaba en curso una operación para determinar qué estaba pasando.

Aquí todos somos investigadores de primera línea; todos sabemos lo que había que hacer; todos somos grandes peritos de la inteligencia forense. Yo digo que no sé cómo se dieron los hechos. Es más, no sé si por la detención de Pereira se pudo llegar a la de Acevedo, quien tenía cargadas más muertes que las del primero, por lo menos a estar por la información que ha trascendido.

Hay un conjunto de informaciones -que todavía no conocemos- que están en el expediente judicial. La etapa procesal que ahora se abre en el sumario habrá de prolongarse y surgirán otros datos de las investigaciones administrativas que permitirán que las autoridades de ASSE y el Ministro sigan nutriendo de información al desarrollo de este proceso.

SEÑOR SOLARI.- No estoy muy familiarizado con procedimientos de inteligencia, pero es llamativo que esta información sobre la investigación policial que se estaba cursando en el Hospital Maciel haya sido puesta en conocimiento de la Presidenta de ASSE el martes 13 y no del Ministro de Salud Pública, que es su superior jerárquico, por más ente autónomo que sea ASSE. Además, es llamativo que transcurran dos meses desde que se inicia una investigación de ese tipo y que el Ministro del Interior entienda que no puede confiar en su colega de Gabinete para seguir desarrollando esa operación de inteligencia. Es muy llamativo. Lo digo con total sinceridad. Si yo hubiera estado en sus zapatos me hubiera costado muchísimo aceptarlo, porque es una indicación de que no se le tiene confianza, y eso no es aceptable.

Muchas gracias.

SEÑOR BAYARDI.- Todos tenemos derecho a hacer interpretaciones subjetivas sobre los hechos, y no me voy a poner a cuestionarlas. Sin embargo, sé cómo funciona el principio de autoridad dentro de los organismos que hacen inteligencia; sí lo sé. No conozco el grado de información que se tenía cuando comenzó esto, pero sé que cuando un individuo que hace inteligencia operativa -no teoría- trasmite a su autoridad, a la que está obligado, que está en curso tal o cual operación y le pide reserva hasta que se haya avanzado en ese proceso y se puedan poner los antecedentes a disposición judicial, si la autoridad política que tiene todo el mando para degradarlo y expulsar a ese jefe operativo llegara a trasmitir la información y por ello fracasara la operación, me temo que tendríamos un problema de confianza operativa a futuro en la autoridad política. Esto funciona así, me guste o no. Pero yo no sé cuál era el grado de información que se tenía al momento en que esto se operativizó. No sé cuál era el grado de sospecha, de certeza o verosimilitud en el sentido de que ese Fulano que Roldán quería sacar -y que capaz que era disyuntivo desde el punto de vista del funcionamiento armónico- en realidad era un asesino. Y seguramente no hayan llegado a saberlo, por más que se estuviera investigando, quienes estaban detrás de la investigación. Pero este es otro capítulo.

Tampoco sé cuándo el tema fue puesto en conocimiento de la Justicia. No lo sé. No vamos a llamar al doctor Vomero, porque seguramente no va a venir. Sí sé, porque así se ha planteado -se lo pregunté a parte de la delegación-, cuándo se enteró del tema la Asociación Española, que me consta que fue muchos días después del 12 de marzo. No quiero arriesgar una fecha que tengo, pero fue mucho después del 12 de marzo. Casi me animaría a decir que fue cerca del 16 de marzo, cuando ya estaba en curso la detención y la investigación de un individuo que, además, fue a trabajar. Imagínense si se hubiera percibido que se estaba buscando un asesino en una unidad. Hay algo que debemos admitir: Marcelo Pereira ni sospechaba que lo estaban buscando. Por eso entró con una mochila cargada de medicamentos, sustancias psicotrópicas, lidocaína, opiáceos, curalizantes. Estaba con todo el "pull". Tal vez ese día habría ido por otro. Quisiera saber -si nos apretamos las neuronas y poco menos que ya tenemos toda la inteligencia- qué hubiera pasado si la información se hubiera filtrado y hubiera existido la sospecha de que se estaba buscando a un asesino serial en la unidad cardiológica del Maciel o en el centro neuroquirúrgico de la Asociación Española. Quisiera saber si lo hubiéramos encontrado.

Acá se ha dicho, pero no es lógico desde el punto de vista del razonamiento -no voy a decir con qué percentil de razonamiento-, que si en realidad hubiéramos protestado y sacado a Marcelo Pereira de la unidad coronaria y lo hubiéramos dejado dentro del sistema de salud no habría procedido a asesinar a otro paciente en el futuro. Eso no es sostenible. Había que detenerlo y sacarlo de circulación y no solo de la unidad coronaria, cardiológica.

Habría mucho más para extenderse, pero finalizo expresando que creo que está en curso una investigación que el señor Ministro ayer aumentó en su dimensión, decodifico que en función de información que obtuvo en una visita a familiares, o por lo menos eso leí de la información que trascendió. Hay una investigación administrativa en ASSE. Espero que si hay responsabilidades administrativas surjan a partir de ahí y no antes, porque creo que allí es donde debe darse el conjunto de las garantías. También hay algo, desde el punto de vista judicial, que en mi opinión va a durar un rato bastante largo -no creo que termine rápidamente; creo que nos va a llevar un par de años, por lo menos-, que es el conjunto de la sustanciación de este proceso. Y quisiera no encontrarme con otras realidades que pueda lamentar.

Hay otras discusiones que van a darse en otros ámbitos. Aquí se ha planteado la creación de una Comisión Investigadora y otros temas, que decidirán los señores Senadores, porque fueron propuestos en ese ámbito. Lo que hay que hacer es tratar de trabajar todos juntos en lo que más me preocupa, que es el tema de la confianza dentro del sistema de salud. Esto va a tardar más que cualquier sustanciación de la información sobre la cual estemos trabajando. No tengo ninguna duda porque hoy la situación de inseguridad está planteada y creo que todos deberíamos trabajar en esto. Se van a tomar medidas, y esperemos que den resultado, aunque este va a ser de mediano plazo en adelante.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Después de tantas horas voy a intentar en forma muy breve trasmitir lo que a mi juicio debería ser de fundamental importancia en esta reunión. Me refiero al anhelo que tengo de que las conclusiones que saquemos de esta sesión, y fundamentalmente el mensaje que salga de aquí hacia la sociedad -si es que el mensaje llega-, sean por la positiva en el sentido de tratar de reconstituir esa confianza que la sociedad ha perdido a raíz de esta situación, lo que es un hecho. Esta situación desgraciada golpea a la salud pero, en definitiva, en su génesis no tiene nada que ver con ella. Creo que se señaló muy bien por parte del señor Ministro y de sus asesores que esta situación delictiva no tiene nada que ver con la calidad, la asistencia y la salud en sí. Pero el hecho ha repercutido de tal manera que la sociedad lo percibe con una falta de confianza absoluta, y eso es muy malo. Es muy malo por la sociedad en sí. Es muy malo que se confunda esa falta de confianza y se refleje en una falta de confianza en el sistema en su totalidad.

(Ocupa la Presidencia el señor Representante Radío)

—— Entonces, el anhelo que tengo es que las conclusiones que saquemos, todo esto que ha significado diferentes punto de vista, se transformen -como decía el señor Presidente de la Comisión- en una oportunidad para que esa confianza que la sociedad ha perdido empiece a reconstituirse, lo que no va a ser fácil. Me parece que esa es la responsabilidad de todos, aunque tengamos ópticas diferentes. Me parece que ese objetivo es superior. Por eso creo que esta reunión tiene características especiales. No se trata solamente del hecho de que un señor Ministro haya solicitado concurrir, o de que un señor Diputado haya solicitado que él venga a dar aclaraciones por un hecho concreto. Creo que tiene mucha más trascendencia, porque los hechos que estamos analizando y sobre los que estamos recibiendo explicaciones del señor Ministro tienen una connotación social muy importante. En función de eso debo decir que me pareció que toda esta información que nos han dado el señor Ministro y sus asesores apunta -quiero ser muy objetivo- a empezar a reconstituir esa confianza. Todo lo que el señor Ministro ha anunciado con respecto a pasos que se empezaron a dar me parece absolutamente oportuno y necesario. Me parece que ese es un buen mensaje.

La situación de falta de confianza que se plantea, focalizada en el sistema de salud en su conjunto, pero específicamente en un sector de la salud, me afecta y por eso quiero manifestar lo siguiente. Esto está centrado en un sector de los servicios de salud, que es la medicina intensiva. Quiero decir con total honestidad que la medicina intensiva y sus servicios que tienen más de cincuenta años en el país y que han funcionado y siguen funcionando con un sentido de profesionalidad, de responsabilidad y de confianza mutua que les da fortaleza, no deberían ser cuestionados. En definitiva, el Ministro y sus asesores han transmitido que el control de calidad de gestión de esa parte de los servicios de la medicina está permanentemente

renovado. La Comisión Honoraria está trabajando intensamente en la profundización y perfeccionamiento cada vez mayor de los controles que existen.

Creo que en este sector esos controles tienen algo mucho más importante: el autocontrol. Eso va más allá del cumplimiento de las pautas que deben cumplir los servicios. Lo digo con propiedad porque hace dieciocho años estuve al frente de un servicio de medicina intensiva y sé que la atención va mucho más allá del cumplimiento de las normas. Va mucho más allá de eso. Está directamente relacionada a tres elementos que determinan que haya un autocontrol que mantenga los niveles, lo que ha dado como resultado que la gente confiara en ese servicio. Uno es la profesionalidad con que se trabaja. El equipo de salud que trabaja en los CTI tiene una altísima profesionalidad y capacitación. Me refiero a todo el equipo de salud. Reitero: tienen una altísima responsabilidad, la alta responsabilidad que determina que quien esté integrado al equipo de salud de centros de medicina intensiva quiera tener los mejores resultados para su centro; se trabaja para eso. No se trabaja para que los índices de mortalidad aumenten sino para que los resultados sean cada vez mejores. Los índices de mortalidad son indicadores y el Senador Solari los solicitaba. Todos sabemos que la mortalidad de los CTI anda alrededor del 20% y todos trabajan con responsabilidad para que esos índices no se disparen.

El tercer elemento es la confianza mutua que todos tienen en el equipo de salud de CTI; la confianza de saber que uno está con gente capacitada en cuyos aportes puede confiar.

Esos tres elementos no están en las ordenanzas ni en los protocolos pero mantienen la seguridad y la calidad, y son lo que, en definitiva, queremos rescatar. Esto tiene mucho que ver con eso. Los hechos que ocurrieron en este sector de la salud no tienen que ver con la calidad de la asistencia sino con otros hechos que son estudio de la criminología, porque se trata de delitos. No tiene que ver con la calidad de asistencia, que no solo se mantiene sino que está permanentemente en determinado nivel que hay que transmitir para generar la confianza de la gente.

El valor de esta reunión es que se ha conocido y discutido toda la información, y el esqueleto que han constituido las preguntas que ha formulado el Senador Solari, que fueron medulares porque son las que todos nos planteamos. Todos teníamos la necesidad de que las respuestas fueran concretas para transmitirnos confianza en el sistema.

Creo que se dieron respuestas concretas, certeras y creíbles. No se puede hablar de satisfacción por las explicaciones del Ministro. Eso es otra cosa. No se trata de que unos estemos satisfechos y otros no. Creo que trasciende eso. La conclusión es que se dieron determinadas situaciones y está puesto en marcha una serie de procesos que van a fortalecer el sistema. Ojalá el mensaje que podamos dar trascienda a la sociedad para empezar a reconstituir una confianza perdida.

SEÑOR IBARRA.- Voy a ser sumamente breve ya que llevamos seis horas de sesión de la Comisión integrada.

Creo que fue un tiempo muy bien empleado porque realmente tuvimos oportunidad de escuchar con absoluta amplitud las exposiciones del Ministro, del Subsecretario y demás integrantes del equipo, y eso hay que saber valorarlo, más allá de las discrepancias que podamos tener en cuanto al enfoque de lo que se está haciendo en este momento.

Ha hablado un número importante de médicos; creo que fueron ocho. Yo no soy médico sino usuario de la salud y desde ese punto de vista quiero expresar la necesidad de mantener la confianza -creo que esta sesión va a contribuir a ello- en el sistema de salud, en los profesionales y técnicos, en la gente que trabaja permanentemente en ese sector.

Lamentablemente, en más de una oportunidad he tenido que estar en un CTI, no por enfermedad propia sino de familiares muy queridos, y he podido comprobar que allí se trabaja en equipo y en confianza porque es imposible hacerlo de otro modo en una situación de tanto estrés. Además, se trabaja con un sentido de humanismo total y de fraternidad. Por lo tanto, reivindico la tarea de los trabajadores de la salud.

Creo que las seis horas de trabajo de esta Comisión integrada van a permitir dar respuestas a la gente. Sin dudas, estamos todos preocupados por todo lo que ha acontecido en forma absolutamente imprevista. Nadie

podía soñar que en nuestro país podía darse este tipo de situaciones. Lo que se habló, lo que se discutió, las distintas respuestas dadas por el equipo del señor Ministro Venegas va a servir, inclusive la propia versión taquigráfica -claro que encarada en el buen sentido de su contenido y no con dobleces-, para aclarar y despejar dudas que puede tener la ciudadanía sobre este tema tan complejo. Por lo tanto, creo que ha sido una exposición contundente desde el punto de vista de las explicaciones del señor Ministro y de su equipo. Considero que no se retaceó ningún tipo de información, la misma fue absolutamente amplia y transparente y eso creo que hay que valorarlo. No ha existido ningún tipo de ocultamiento; al menos yo no lo he podido apreciar ni sospechar; por lo tanto, no comparto lo que decía el señor Presidente en cuanto a que no hay que barrer debajo de la alfombra: no se está barriendo debajo de la alfombra. Creo que se ha actuado con absoluta amplitud y transparencia sobre el tratamiento de este tema.

En más de una oportunidad se ha dicho que se está investigando, que se han tomado medidas con anterioridad, recientemente y hacia el futuro para tratar de prevenir este tipo de situaciones, de crímenes, de asesinatos que cometieron estos dos malos funcionarios y ciudadanos también.

Estoy convencido de que ha quedado claro en las distintas intervenciones del equipo del señor Ministro que hay una absoluta convicción y una absoluta voluntad en el sentido de mejorar rápidamente las insuficiencias que pudieron haber existido sobre el particular. Eso también hay que valorarlo desde el punto de vista político, que es en el que estoy hablando.

Quiero reconocer que cuando recibí y leí las preguntas del señor Senador Solari, pasadas las once de la mañana, realmente me pareció que era una especie de documento que nos iba a permitir, en la medida en que el señor Ministro las respondiera -por suerte lo hizo-, tener una información muy acabada de distintos temas que teníamos en la cabeza y que era necesario aclarar.

Por último, acá se dijo en más de una oportunidad por parte del señor Ministro y del Subsecretario que el sistema de control del Ministerio de Salud Pública e inclusive de ASSE, de la salud en general, está basado en los controles para evitar errores o mala praxis, pero acá, lamentablemente, estamos ante una situación absolutamente distinta, donde aparecen dos criminales que en forma inaudita cometen una serie de hechos que son absolutamente aborrecibles por parte de la totalidad de la población.

Ha quedado claro, mediante las distintas exposiciones de los señores Diputados y de los señores Senadores del Frente Amplio, que estamos respaldando lo actuado por el señor Ministro. Esto lo quiero dejar bien explícito porque el señor Ministro y su equipo no ha recibido únicamente el apoyo y el respaldo del señor Presidente de la República sino de mi fuerza política, el Frente Amplio, y no puede ser otra cosa en cuanto a nuestro posicionamiento porque también estamos convencidos de que recibe nuestro respaldo.

Esperamos con expectativa todo ese mecanismo de cambios, de profundización de los controles para evitar la repetición de estos hechos tan lamentables.

SEÑOR CHIESA BRUNO.- Simplemente, como lo ha dicho algún señor legislador que me antecedió en el uso de la palabra, cada uno va a sacar sus conclusiones. Por supuesto, nosotros no nos vamos satisfechos con las respuestas en muchos de los temas que estuvimos discutiendo: consideramos y seguimos manteniendo que los controles no se ejecutaron correctamente; simplemente, no se hicieron, fallaron.

Como se ha dicho también por parte del señor Senador Solari, estamos de acuerdo en que para dar confianza a la ciudadanía habría que abrir el corralito para todo el sistema. Se ha llegado a la conclusión -por lo menos es la que sacamos nosotros y tienen que respetarnos- de que hay un Gobierno compartimentado. Creo que en eso también coincidimos con lo que ha planteado muy bien el señor Senador Solari y otros.

Solicito a la Mesa la posibilidad de que se incluya en la versión taquigráfica todo el material manejado en esta sesión porque, de no ser así, algunas discusiones e intercambio de información entre los legisladores no se van a entender.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar la incorporación a la versión taquigráfica de toda la documentación que se ha manejado en esta sesión.

(Se vota)

—— Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Así se procederá.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Me comprometo a hacer llegar a la Comisión todo el material que hemos manejado, que es muy rico; tenemos un conjunto de elementos cuantitativos que son interesantes de analizar desde la óptica de las soluciones que queremos dar.

Mientras estuvimos aquí estas seis horas y veinte minutos, para nosotros, y digo para nosotros nuestro equipo, ha sido -reitero- un lugar propicio para dar la información exacta y para tomar mayores fuerzas para seguir trabajando.

Soy médico, he dedicado mi vida a la salud pública y me ha tocado el honor de ser Ministro de Salud Pública. En estos momentos, diría de congoja y de dolor que han provocado estos crímenes en nuestra población, considero que es mi deber y mi responsabilidad tomar medidas y profundizar algunas de ellas para permitir la tranquilidad y recrear la confianza. La confianza no se decreta; la confianza se construye. Y se construye entre todos aquellos que creemos en el derecho y en el deber de la vida. Toda la población merece esa confianza.

Es mi deber, y eso he hecho, venir hoy a este recinto, recinto importante para nuestra población, recinto que debe tener siempre el espíritu de ser propositivo y constructor de la democracia. La democracia también requiere confianza. Estoy seguro de que todos los que estamos acá, estamos en ese camino. Junto a mi equipo, que también ha servido para consolidar nuestro trabajo, mancomunadamente, con visiones, con ópticas, con conocimientos, con gente extraordinaria que nos rodea, aplicamos medidas y acciones que no han sido cuestionadas y en las que tenemos que trabajar. Ese es el rutero que queremos hacer: trabajar, trabajar incansablemente con ustedes y con todos.

También quisiera mandar un mensaje a la población usuaria y a todos nuestros trabajadores de la salud: "La criminalidad y el crimen es abominable, por eso creo que debemos acompañar y unir esfuerzos entre todos para luchar por la vida".

Agradezco el momento que pudimos conversar, apasionadamente, entre todos; esa es la herramienta que debemos tener.

Gracias, señor Presidente. Gracias, señores legisladores.

SEÑOR PRESIDENTE.- Al contrario, gracias a usted, señor Ministro.

Me voy a permitir hacer una aclaración a raíz de algo que dijo el señor Diputado Ibarra. Yo no afirmé que se estuviera barriendo debajo de la alfombra; lo que dije fue que es una eventualidad evolutiva posible y que sería la peor alternativa. Me parece que eso es lo que puede estar en el horizonte.

Agradezco a todos por la reunión, creo que fue muy buena, fecunda y difícil. Tenemos puntos de vista distintos. Creo que ninguno de nosotros se va a detener en el camino a conseguir aquellas cosas en las que cree y que ninguno de nosotros va a sesgar en su convicción de investigar, de saber más y de identificar las fallas -si cree que las hay- o los responsables -si cree que los hay-, y de construir alternativas -si cree que son necesarias- y mecanismos que nos permitan tener un menor nivel de vulnerabilidad. Pero más allá de las diferentes perspectivas, valoraciones, visiones o ideas con respecto a esta angustiosa situación, salimos todos de esta reunión con la tarea y el deber que necesariamente deberemos compartir y que hace un rato mencionaba el doctor Gallo Imperiale, en el sentido de reconstruir la confianza en nuestros técnicos y en nuestras instituciones.

Muchas gracias a todos.

Se levanta la reunión.

PREGUNTAS A FORMULAR AL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA EN LAS SESION CONJUNTA DE LAS COMISIONES DE SALUD DE LAS CAMARAS DE REPRESENTANTES Y DE SENADORES EL 22 DE MARZO DE 2012 por el Senador Dr. Alfredo Solari.-

Hubo denuncias previas (a la del mes de enero) ante la Policía, ante autoridades del Maciel o de A.S.S.E, sobre muertes inesperadas o situaciones irregulares?

1. Para el caso afirmativo: ¿qué acciones se adoptaron?

2. Para el caso negativo: ¿se está averiguando? ¿hay resultados?

Aumentaron las muertes en el Servicio de Cuidados Intermedios de Cardiología del Hospital Maciel durante el año 2011? Se midió la cantidad de fallecidos en relación a la cantidad de días de internación o en relación a la cantidad de egresos? Se triplicaron las muertes como dicen los medios de prensa?

3. Qué estudio se hizo al respecto?

4. Qué resultado arrojó?

5. Si efectivamente se constató un aumento, se investigaron las probables causas y qué medidas se adoptaron?

Cuál es la tasa de mortalidad hospitalaria (número de internados fallecidos en relación al número de altas hospitalarias)

6. En todos los prestadores del SNIS;

7. En los establecimientos de A.S.S.E. (Montevideo e Interior);

8. En los sanatorios privados;

9. En los Servicios Cuidados Intensivos y en Servicios de Cuidados Intermedios (múltiples; neurológicos; cardiológicos, traumatológicos; quirúrgicos; oncológicos, etc.)

Se difunde la tasa de Mortalidad Hospitalaria entre los Directores de Hospitales y Directores Técnicos a fin de que éstos tomen conocimiento sobre cómo están funcionando los servicios a su cargo?

Si no se hubieran estimado anualmente esas tasas ¿cuándo fue el último estudio que se realizó al respecto y qué se hizo con esa información?

Se auditan regularmente las muertes sospechosas (de confusa explicación) ocurridas en los Hospitales de ASSE (Montevideo e Interior)? Funcionan los Comité de Muertes en dichos hospitales? Cuántas muertes sospechosas se auditaron en el Hospital Maciel, el Centro Hospitalario Pereira Rossell y Hospital Pasteur durante el 2011? Con qué resultados?

Se cumple por parte del MSP con el contralor de las instituciones públicas y privadas de salud? Concretamente, se controla por parte del MSP si se auditan las muertes en los hospitales de A.S.S.E y en el resto del sub sector público (H de Clínicas; Hospital de Sanidad de las FF.AA; Sanidad Policial; Banco de Seguros), en los IMAES y en los centros asistenciales del sector privado?

Cuándo tomaron conocimiento las siguientes autoridades de la investigación policial en curso (fecha y fuente por la que tomó conocimiento):

10. Ministro

11. Sub Secretario

12. Director General de Salud

13. Presidente de A.S.S.E

14. Directorio de A.S.S.E

15. Director del Hospital Maciel

16. Director Técnico de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos

17. Jefes de los Servicios involucrados

Dado que el Sr. Ministro expresó (Diario El País – lunes 19 de marzo) que "el M.S.P tenía identificados en una lista, una cantidad de casos de muertes de confusa explicación que estaban siendo analizados, porque se enmarcaban dentro de determinados parámetros de diagnóstico y tratamiento", ¿qué acciones preventivas o correctivas realizó el M.S.P. en relación a esos casos desde enero del 2011 a la fecha (por favor especificar los prestadores de salud involucrados).

Que asesoramiento recibió el MSP del Comité de Seguridad del Paciente y Prevención del Error Médico desde enero del 2011 a la fecha? Qué recomendaciones formuló dicho Comité y de éstas, ¿cuáles se implementaron?

Qué resultado arrojó la autopsia de la Sra. Gladys Lemos, fallecida el lunes 12 de marzo de 2012. ¿Se constató la presencia de derivados de morfina u otros fármacos sospechosos en sangre? De haber tenido el MSP conocimiento oportuno de la investigación en curso ¿se podría haber evitado esta muerte?

Dado que el Sr. Ministro expresó (Diario El País – lunes 19 de marzo) que "las inspecciones tanto en La Española como en el Hospital Maciel comenzaron hace varias semanas y se siguen llevando adelante…", se comunicaron esas inspecciones a los responsables técnicos de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y del Hospital Maciel, para que éstos adoptaran medidas preventivas? Por favor, especificar cómo están conformados los equipos inspectivos y proporcionar la identificación de quienes los integran.

Quien investigará de aquí en más los otros "casos presuntos" de muertes presuntamente causadas por los enfermeros procesados: el Min. Del Interior?; el Min. de Salud Pública? Ambos Ministerios? Que procedimientos o protocolos se utilizarán?

Prevé el M.S.P o la JU.NA.SA abrir un nuevo período especial para que la población no quede rehén de instituciones médicas en las que no confía?

Número de expedientes en trámite o evacuados en relación a denuncias sobre muertes sospechosas en los prestadores de servicios del SNIS durante el 2011. Resultados de las investigaciones realizadas.

Se ha comenzado a contactar a los familiares de los 16 fallecidos?



























































































































































